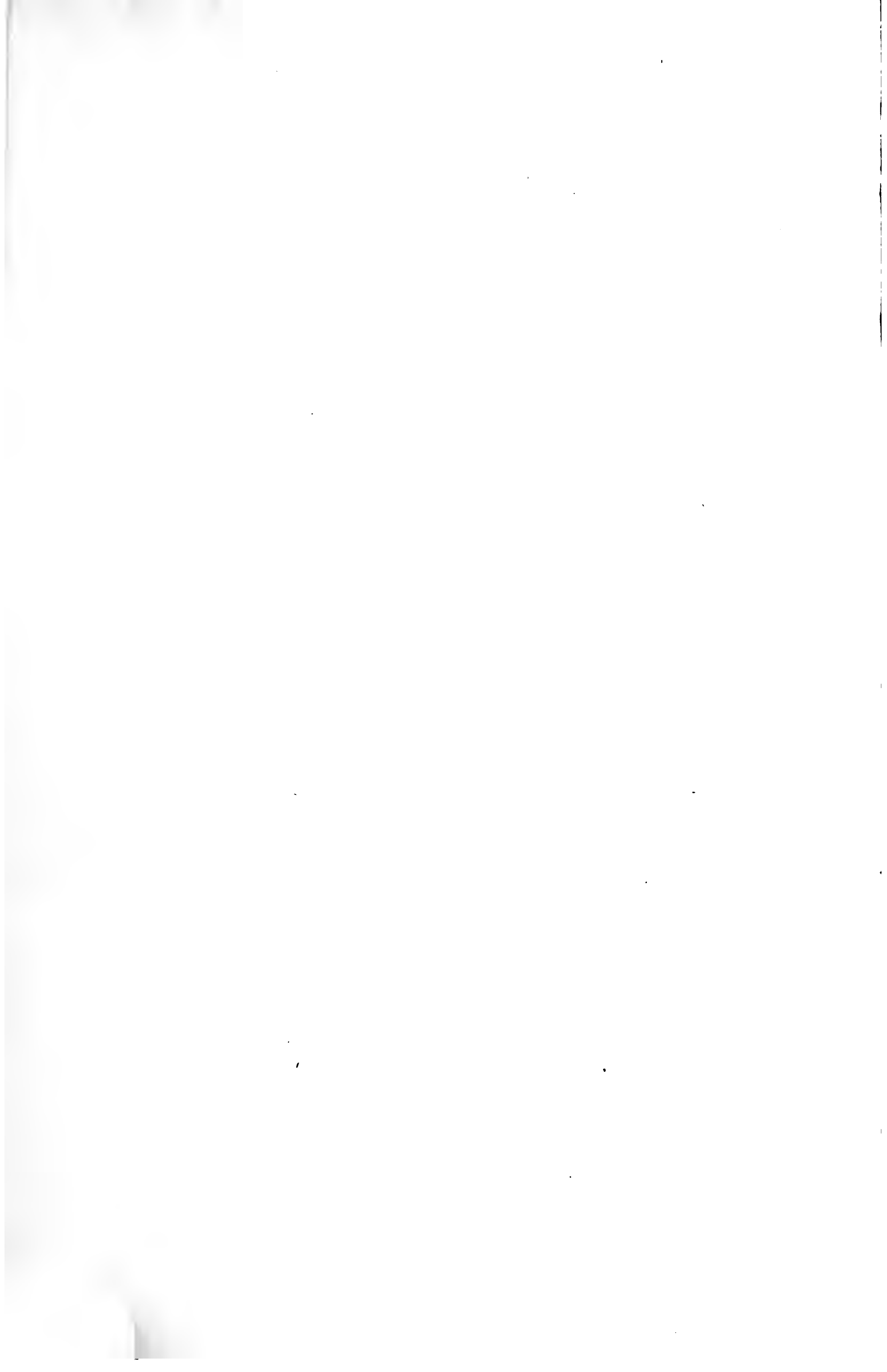
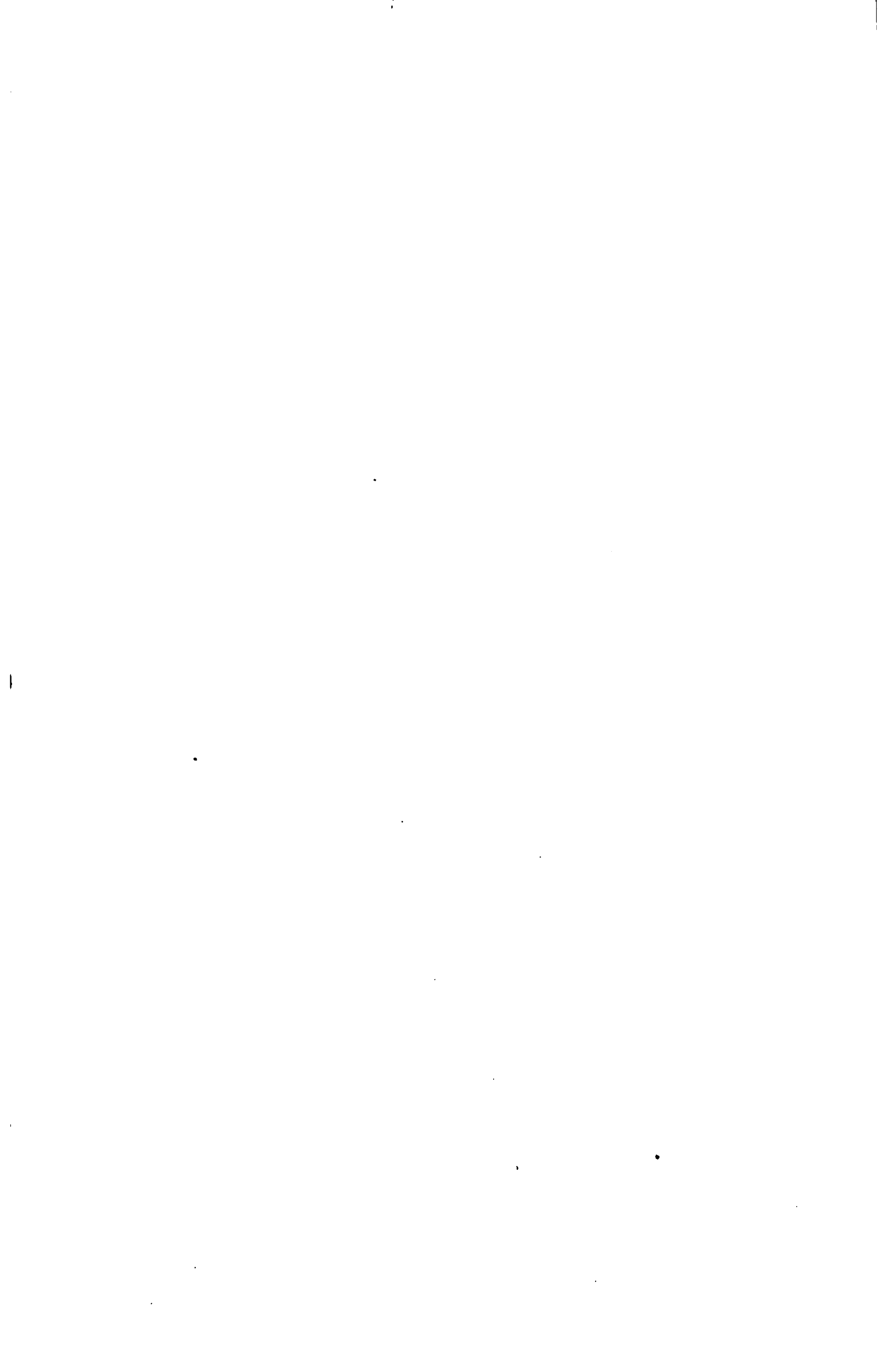
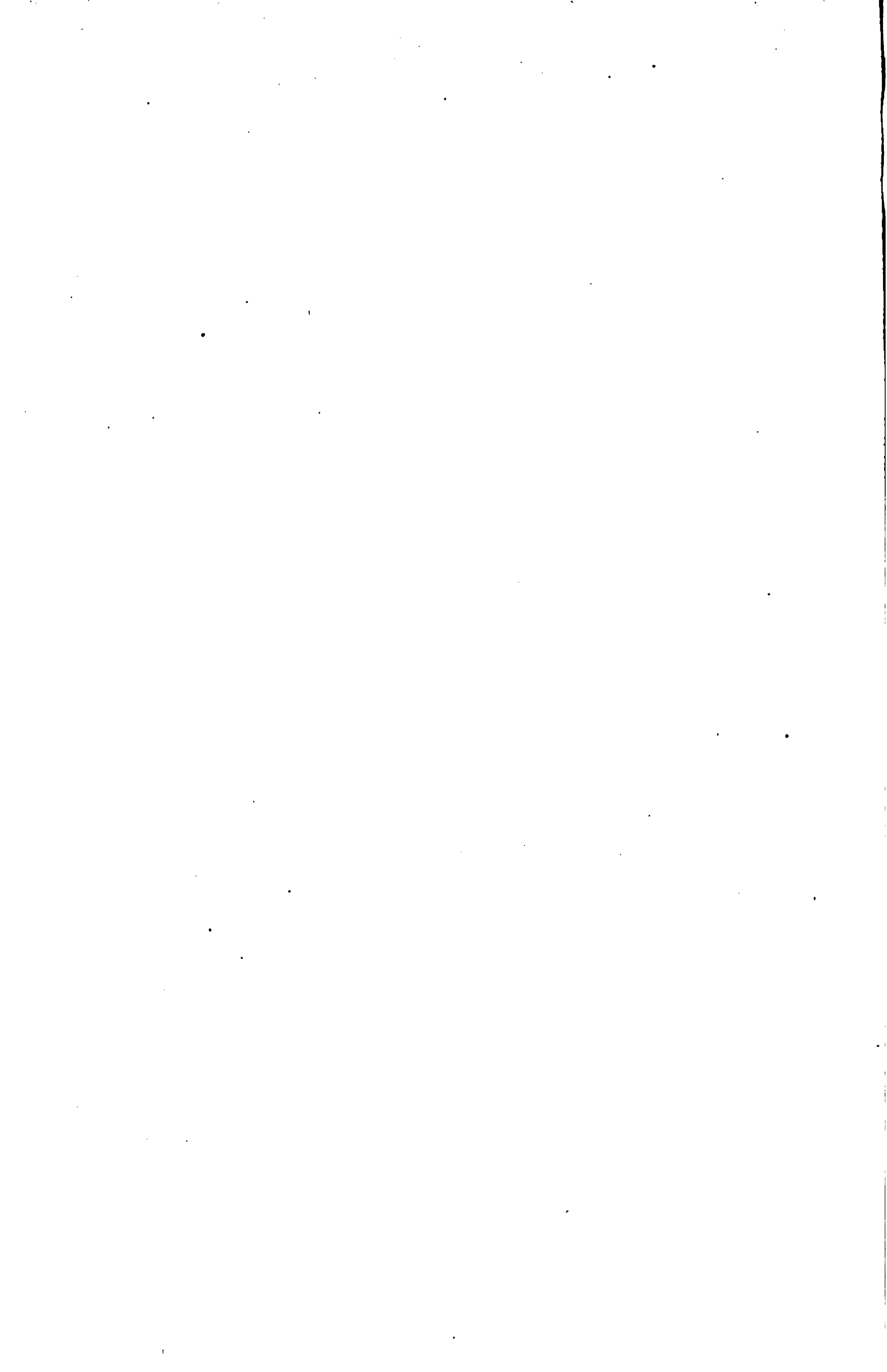






ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe......................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

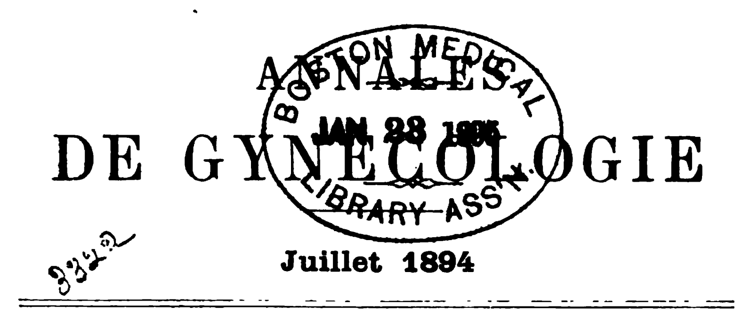
TOME XLII

Contenant des travaux de

BAUDRY, BOURCART, CHAPUT, CHARRIN et DUCLERT, CRISNAIL,
ENGSTROM, GUÉNIOT, HARTMANN, MORAX, REYMOND,
HERNANDEZ, HOUZEL, LABUSQUIÈRE, SCHUHL, SCHWARTZ, TUFFIER,
VARNIER, WALLICH, WIERCINSKY.

1894
(2e SEMESTRE)

G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1894



ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1894

TRAVAUX ORIGINAUX

—

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA BACTÉRIOLOGIE DES SUPPURATIONS PÉRIUTÉRINES

Par **Henri Hartmann** et **V. Morax**

Si la question des opérations à opposer aux diverses lésions inflammatoires des annexes a tenu dans ces dernières années et tient encore aujourd'hui une place importante dans les discussions de nos sociétés savantes, il n'en est pas de même de celle de la nature et de la pathogénie de ces inflammations. Ayant depuis un an poursuivi sur ce point des recherches dans le service de notre maître, le professeur Terrier, nous allons en exposer les résultats.

Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydrosalpingites que nous avons examinées tant au point de vue microscopique qu'en recourant à la méthode des cultures, nous n'avons pas trouvé de micro-organisme. Dans trois cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx et même dans deux hématocèles rétro-utérines, avec fièvre (38°,4 dans un cas ; 38°,2 et 38°,8 dans l'autre) l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a donné lieu à aucune culture. Deux cas de suppuration du tissu cellulaire des ligaments larges avec propagation dans un cas au psoas, nous ont montré

la présence du streptocoque à l'état pur par la double méthode de l'examen sur lamelles et des cultures.

33 fois nos recherches ont porté sur des collections suppurées formées aux dépens des annexes :

13 fois le pus était stérile.

13 fois il contenait des gonocoques, 12 fois à l'état pur, 1 fois associé à du bactérium coli. Dans ce dernier cas, le rectum était induré, cartonné ; la collection semblait sur le point de s'y ouvrir ; aussi pensons-nous qu'il s'est agi là d'une infection secondaire d'une salpingite blennorrhagique par du coli venu à travers la paroi de l'intestin.

4 fois le pus contenait des streptocoques, 1 fois à l'état pur, 1 fois associé à du bactérium coli et à un petit bacille que nous n'avons pas déterminé, 1 fois associé au bactérium coli, au même petit bacille et à un bacille en chaînettes.

2 fois il s'est agi de collections à pneumocoques, 1 fois d'une collection à bactérium coli.

Les cas à pus stérile se rapportaient, l'un à une ovarite que l'examen histologique a démontrée être tuberculeuse, les autres à des lésions généralement anciennes, le plus souvent gonorrhéiques selon toute probabilité. Il nous est cependant impossible d'affirmer d'une manière absolue l'ancienneté de toutes ces suppurations stériles, 2 des 13 malades qui les portaient ayant présenté, six semaines et deux mois auparavant, une poussée inflammatoire manifeste.

Par contre, les salpingites contenant des gonocoques se sont toutes présentées chez des femmes ayant des poussées pelvi-péritonitiques récentes, remontant à un temps qui variait de trois semaines à trois ou quatre mois au maximum, le plus souvent à quatre ou cinq semaines.

L'interrogatoire des malades nous a même appris que les poussées salpingiennes avaient suivi d'assez près l'apparition d'un écoulement jaune verdâtre à la vulve, en un mot qu'il s'agissait d'une inoculation blennorrhagique récente. L'influence des grossesses antérieures sur le développement

de la salpingite blennorrhagique nous a de plus paru manifeste. 2 fois sur 13 seulement il s'agissait de nullipares ; dans 3 des 11 autres cas, l'infection salpingienne blennorrhagique a même paru succéder au premier coït qui a suivi l'accouchement, soit que les conditions de réceptivité morbide de la cavité utérine et des trompes aient été augmentées par le fait de l'accouchement, soit plus simplement qu'on ait eu affaire à des inoculations résultant de ce que le mari, contraint pendant les derniers temps de la grossesse à l'abstinence conjugale, ait été chercher en dehors du ménage des germes infectieux. Un point reste acquis, c'est que le fait d'une grossesse antérieure favorise le développement de la salpingite blennorrhagique qui nous a paru relativement plus rare chez les nullipares sujettes principalement à l'endométrite cervicale.

Les renseignements recueillis nous montrent que les salpingites à streptocoques ont une histoire différente, qu'elles succèdent presque immédiatement à des lésions en quelque sorte traumatiques du corps de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus fibromateux, etc.

Quant aux salpingites à pneumocoques ou à bactérium coli, l'étude des antécédents des malades ne nous permet de rien indiquer de spécial de leur étiologie ; leur nombre est du reste trop restreint pour nous permettre d'énoncer la moindre hypothèse.

Un deuxième point, que nous avons recherché dans nos observations, est celui de savoir s'il existe un rapport entre la marche de la température et la variété de salpingite observée. Nous devons dire qu'à cet égard, les faits que nous avons recueillis ne nous permettent de tirer aucune conclusion, ni au point de vue de la nature de l'agent infectieux, ni même, le plus souvent, à celui de la suppuration ou de la non-suppuration de la lésion. Dans deux cas de foyers suppurés, la température avait oscillé au début de la poussée entre 39° et 40° pour redescendre à la normale

au moment de l'intervention; dans un foyer à pneumocoques elle était de 39°,1 avant l'opération; dans deux cas de salpingite à gonocoques, elle variait entre 38° et 39°; dans un troisième, où le gonocoque était associé au bactérium coli, elle était de 38°; de même dans une des salpingites à streptocoques et dans une salpingite à pus stérile. Dans la plupart des autres cas, elle était normale au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Par contre, nous avons quelquefois observé de petites ascensions à 37°,8, 38°, chez des malades ayant des salpingites non suppurées. De plus, si dans trois grossesses tubaires nous n'avons pas noté d'élévation de température, il y avait, en l'absence de tout micro-organisme décelable par nos moyens actuels d'investigation, une élévation de la température à 38°,5; 38°,4; 38°,8 chez trois malades atteintes d'hématocèles enkystées.

Nos résultats au point de vue de la recherche d'un rapport entre l'état de la température et la nature de la lésion en présence de laquelle on se trouve sont donc négatifs, conformes, en cela, à ceux communiqués par Schauta au dernier Congrès de gynécologie allemande.

Une autre question que l'on peut se poser est celle de savoir si la nature de l'agent infectieux a une grosse importance au point de vue des suites de l'opération et si la ligne de conduite doit varier suivant que l'on se trouve en présence de tel ou tel de ces agents. C'est là un point qui paraît avoir beaucoup préoccupé quelques gynécologistes allemands. Schauta et Wertheim, en présence des résultats douteux fournis par l'anamnèse et par l'étude de la température, conseillent de toujours pratiquer l'examen rapide d'une préparation faite sur lamelles au cours de l'opération. On ne ferait, dit Wertheim, que très rarement des erreurs, même avec ces simples examens extemporanés. Si le pus recueilli par ponction de la poche est stérile, ou s'il ne contient que des gonocoques, on fera, dit Schauta, une

extirpation complète de la poche ; s'il contient des micro-organismes autres que le gonocoque, on ne fera pas d'opération radicale, on suturera la poche à la paroi, on tamponnera la plaie à la gaze iodoformée, et cinq jours plus tard, quand on sera sûr du développement d'adhérences, on incisera la poche que l'on drainera. Ce sont là, croyons-nous, des pratiques subtiles qui n'ont rien de chirurgical, et nous ne voyons guère un chirurgien attendant pour continuer son opération, après avoir ouvert le ventre de sa malade, que l'on revienne du laboratoire lui dire la nature du pus. C'est là une chirurgie par trop microscopique, et ces déterminations opératoires ultra-scientifiques, suivies par quelques chirurgiens allemands, ne nous semblent pas destinées à un grand avenir. Elles n'ont du reste pas donné des résultats bien merveilleux. Sur 216 cas de lésions inflammatoires, le professeur Schauta a 13 morts, soit 6 p. 100 ; et si l'on n'envisage que les salpingites contenant des agents infectieux, on voit que 33 pyosalpinx à gonocoques ont donné 3 morts et que 15 pyosalpinx relevant d'une autre infection ont donné 3 autres morts.

Certes la contamination du péritoine par un pus virulent (streptocoques, pneumocoques, etc.) est chose grave ; aussi faut-il *dans tous les cas* se prémunir contre elle. Nous croyons qu'il est pour cela inutile de procéder timidement comme les gynécologistes allemands, dont nous venons de rappeler l'opinion. Avec un emploi judicieux du plan incliné et des compresses stérilisées chez une malade bien anesthésiée, on peut, par la voie abdominale, procéder à une ablation complète des annexes, tout en opérant, serions-nous tenté de dire, *en foyer limité*, ce qui est le gros point en chirurgie abdominale dès que l'on craint une infection. La pratique de notre maître, le professeur Terrier, et la nôtre le prouvent d'une manière péremptoire. Sur 70 cœliotomies, pratiquées depuis le 1er janvier 1893 à l'hôpital Bichat pour lésions inflammatoires des annexes (dont 37 étaient suppurées), il n'y a eu qu'une mort. Ces résultats se passent de commentaires.

Le seul point thérapeutique où l'examen du pus aurait peut-être quelque utilité, est celui de la conduite à tenir vis-à-vis du drain que notre maître, M. Terrier, et nous employons assez volontiers (20 fois sur 37 cas suppurés). Lorsqu'en effet, après ablation d'une salpingite à pus stérile ou contenant des gonocoques, on examine le liquide du drain, on constate que pendant les quarante-huit premières heures il reste stérile, puis que vers le troisième ou le quatrième jour il est secondairement infecté par des microbes variés, spécialement par le staphylococcus epidermitis. Au contraire, dans les salpingites à streptocoques, nous avons constaté la présence de cet agent infectieux dans le drain, sept et huit jours après l'opération. Il y aurait donc intérêt à retirer le drain le plus rapidement possible dans les salpingites à pus stérile ou dans les salpingites à gonocoques, dès que le suintement sanguin a diminué, au bout des trente-six ou quarante-huit premières heures et à le laisser plus longtemps dans les salpingites contenant des microbes qui se développent plus facilement dans le péritoine, le streptocoque par exemple. C'est la seule conclusion thérapeutique que nous croyons que l'on puisse tirer des examens bactériologiques.

TRAITEMENT DES GROSSES SALPINGITES HAUT SITUÉES PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE FERMÉE

Par le Dr Chaput
Chirurgien des hôpitaux.

La grande bataille entre laparotomistes et hystérectomistes, provoquée par le traitement des salpingites, n'est pas près de finir. En ce moment, les laparotomistes regagnent du terrain. MM. Quénu, Reclus, Reynier, reviennent de leur engouement pour l'hystérectomie vaginale, et MM. Terrier et Pozzi préconisent de plus en plus la laparotomie qu'ils n'ont jamais cessé de préférer.

Entre ces deux méthodes extrêmes qui ont l'une et l'autre

leurs avantages et leurs inconvénients, on peut en admettre une troisième, mixte, la méthode vagino-abdominale qui participe des avantages des deux autres sans comporter les mêmes inconvénients.

Nous examinerons comparativement les mérites et les points faibles de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale ; nous décrirons ensuite l'extirpation vagino-abdominale dont nous développerons les avantages et les indications.

La laparotomie permet de bien voir les lésions, de les aborder facilement, et d'éviter des fautes opératoires fatales avec l'hystérectomie ; par exemple la blessure de l'intestin adhérant aux annexes ou à l'utérus. Si par hasard l'intestin se trouve blessé, on s'en aperçoit et il est facile de le suturer.

La laparotomie permet d'enlever facilement et complètement toutes les poches purulentes ; elle rectifie les erreurs de diagnostic ; elle rend possible la conservation d'un ovaire sain. Elle est tellement simple et bénigne pour les petites lésions qu'on ne saurait dans l'espèce la comparer à l'hystérectomie qui comporte, somme toute, un traumatisme et des dangers notables.

Mais la voie supérieure présente aussi des inconvénients sérieux ; elle expose à la rupture du pus dans le ventre et à la dissémination de l'infection par les mains et les instruments ; le péritoine étant froissé par les rudes contacts opératoires, s'altère et se défend mal.

Les opérations abdominales sont parfois incomplètes et laissent dans le ventre des tissus septiques dangereux. Elles laissent constamment dans le péritoine des moignons de trompe contenant du pus qui peuvent provoquer la péritonite, ou entretenir des fistules en infectant les ligatures.

On a rarement signalé les hémorrhagies de la surface de l'utérus causées par le décollement des adhérences ; j'ai observé deux fois et M. Routier a signalé également cette complication qui comporte l'ablation totale de l'organe.

La laparotomie laisse ordinairement en place un utérus

inutile, gênant, qui saigne souvent et qu'on est parfois obligé d'enlever ultérieurement.

Je ne parlerai point des inconvénients de l'incision médiane (cicatrice et éventration). Ces deux ennuis ont disparu depuis que nous suivons les conseils de Pozzi en faisant la suture à étage contre l'éventration et la suture intradermique qui supprime la cicatrice.

On attribue à l'hystérectomie vaginale les avantages suivants : Elle n'ouvre le péritoine que dans une faible étendue ; elle ne dissémine pas l'infection au loin. Elle draine largement le ventre et dans un point déclive. Elle paraît plus bénigne si l'on s'en rapporte aux statistiques de Lafourcade ; mais cette bénignité n'est qu'apparente, car bon nombre d'opérateurs ne font que des hystérectomies vaginales incomplètes à peine plus graves que la simple incision vaginale. Elle supprime l'utérus qui tourmente si souvent les laparotomisées ; enfin, elle n'est suivie de fistules que lorsqu'on a pratiqué la ligature des ligaments larges.

D'un autre côté, le bilan des inconvénients de l'hystérectomie vaginale est très chargé, on a souvent des hémorrhagies graves pendant l'opération, ou peu après ou au moment de l'ablation des pinces. Les partisans de l'opération s'en défendent, mais j'en ai observé plusieurs cas et j'en connais d'autres qui n'ont pas été publiés. L'hystérectomie ne garantit nullement contre la septicémie ; quand on crève une poche purulente dans le péritoine, l'étendue de la portion contaminée a bien peu d'importance avec des germes très virulents.

L'opération draine, il est vrai, mais elle draine dans de mauvaises conditions, car la vulve, exposée à l'air, souillée d'urine et de matières fécales, ne peut être protégée par un pansement antiseptique sérieux. Le drainage de l'hystérectomie est donc plus dangereux qu'utile.

L'opération expose à la blessure de l'intestin, du rectum, de la vessie, à celle de l'uretère dont je connais six exemples rien qu'en France.

Elle est plus souvent incomplète que la laparotomie, car l'ablation totale des poches est souvent irréalisable, de là des récidives qui rendent parfois la laparotomie secondaire nécessaire.

Elle expose à l'intoxication iodoformée, dont je sais plusieurs exemples.

Elle ne permet pas la rectification d'un diagnostic erroné ni la conservation d'un ovaire sain.

Disons enfin que l'hystérectomie ne présente pas une bénignité plus grande que la laparotomie; en effet, Terrier et Pozzi ont communiqué au dernier Congrès de chirurgie des statistiques de laparotomie pour pyosalpinx avec une mortalité très faible et bien inférieure à celle de l'hystérectomie (d'après les chiffres de Lafourcade).

Décrivons maintenant le manuel opératoire de l'hystérectomie vagino-abdominale.

J'ai étudié cette opération, en 1893, à la Société de gynécologie, dans ses applications à l'ablation des fibromes de moyen volume.

En janvier 1894, j'ai fait une nouvelle communication à la même société, dans laquelle je la conseillais encore pour le cancer et la salpingite.

Voici la succession des temps opératoires.

Je fais d'abord une toilette soignée de la vulve et du vagin. Le canal utérin est désinfecté par le curage ou par une injection intra-utérine de teinture d'iode avec la seringue de Braun.

Je saisis alors le col avec deux pinces érignes et je pratique avec des ciseaux courbes, une incision circulaire tout autour du col et le plus bas possible.

Avec le doigt je décolle le tissu en avant et en arrière de l'utérus; je charge les ligaments larges sur des pinces de Péan à mors courts et je les coupe sur une hauteur de 3 centim. environ.

Je laisse quelques éponges montées dans le vagin pour arrêter l'écoulement sanguin en nappe et je me mets en devoir de procéder à la laparotomie.

Après avoir ouvert l'abdomen sur la ligne médiane, j'explore le petit bassin et je me rends compte de la situation des poches salpingiennes et des adhérences possibles à l'intestin.

Je ponctionne les collections purulentes par le vagin avec une pince pointue spéciale que j'ai fait construire et que j'appelle *pince-trocart*.

Cette ponction s'exécute dans de bonnes conditions sous le contrôle de la main abdominale et sans dangers pour l'intestin ni pour le péritoine.

Quand j'ai pénétré dans la poche, je dilate le trajet en ou-

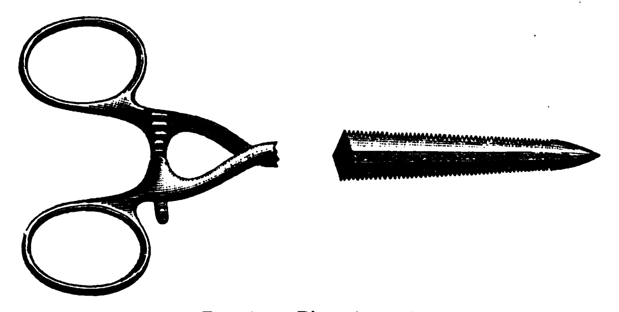


FIG. 1. — Pince-trocart.

vrant la pince, j'exprime le pus en pressant par l'abdomen et je fais un lavage de l'abcès par le vagin.

Je saisis alors le fond de l'utérus avec une forte érigne et je le tire en haut et en arrière ; j'incise aux ciseaux le cul-de-sac vésico-utérin, et décollant les tissus je rejoins la cavité vaginale. J'effondre aussi avec le doigt le cul-de-sac de Douglas de façon à le faire communiquer largement avec le vagin.

Le moment est venu de faire la section des ligaments larges après les avoir chargés sur trois pinces étagées. La première pince est placée en dehors des annexes sur le ligament infundibulo-pelvien, et les deux autres sur la partie moyenne des ligaments larges ; la partie inférieure de ces ligaments a été, si l'on s'en souvient, pincée et coupée par

le vagin. Après avoir coupé les ligaments larges en totalité, on enlève d'un bloc l'utérus et ses annexes.

Je remplace les pinces par des ligatures à la soie et je fais la toilette du bassin.

Je procède enfin à la fermeture hermétique du péritoine pelvien. Dans ce but, je suture les deux lambeaux péritonéaux qui surmontent le vagin, avec une aiguille de Reverdin coudée à gauche. Mais comme cette manœuvre se passe à une grande profondeur, il est souvent difficile de conduire le fil au contact de l'aiguille ; en effet, avec les doigts on ne peut porter un fil plus loin que 8 ou 9 centim. à moins de mettre les deux poings dans le ventre.

On peut, il est vrai, monter une anse de fil sur une pince hémostatique, mais on échoue souvent à ce jeu d'adresse. J'ai

Fig. 2. — Pince en fourche.

trouvé plus simple de me servir d'un instrument que j'ai fait construire et que j'appelle pince en fourche. C'est une longue pince à disséquer dont les mors ont la forme d'une fourche à pointes mousses dirigées en bas. L'instrument est muni d'un arrêt comme les pinces à fixer le globe oculaire. Pour s'en servir, on tend le fil entre les branches de la fourche qu'on maintient serrées grâce au verrou. On porte alors le fil au contact de l'aiguille en tenant la pince d'une seule main comme une plume à écrire ; on fait glisser ce fil à la surface de l'aiguille, et, à un moment donné, un faux pas nous avertit que le fil est entré dans le chas ; on laisse retomber la pédale pour emprisonner le fil et on ouvre la pince en fourche. On n'a plus qu'à retirer le fil et à le nouer.

Quatre ou six fils suffisent pour fermer complètement le péritoine.

Je prends la précaution de bien enterrer l'extrémité des

pinces vaginales sous les sutures de telle façon que le foyer vaginal n'ait aucune communication avec le péritoine.

Lorsque l'opération a été complètement aseptique, je ferme complètement l'abdomen. Quand du pus a été répandu, je place un drain à la partie inférieure de l'incision médiane.

Les soins consécutifs n'ont rien de spécial; les pinces vaginales sont laissées en place quarante-huit heures. Je ne fais pas de pansement iodoformé vaginal, je me contente d'injections antiseptiques répétées toutes les quatre heures avec une solution à peine teintée de permanganate de potasse.

S'il se produit une hémorrhagie notable, je fais pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures un tamponnement vaginal avec des mèches salolées afin d'éviter l'intoxication iodoformée.

Reprenons maintenant les temps principaux de l'opération et indiquons la raison d'être et les avantages de notre manière de procéder.

J'ai dit que je me contentais de libérer le col par le vagin, sans l'amputer ; cette manière de faire est basée sur le motif suivant que, si au cours de la laparotomie, on trouve inutile de supprimer l'utérus, on peut laisser cet organe complètement intact puisque le col n'a pas été supprimé.

La ponction par le vagin, contrôlée par la main gauche restée dans le ventre, est un des plus grands avantages de notre méthode. On nous objectera qu'on pourrait très bien faire cette ponction dans les mêmes conditions sans avoir désinséré le col; c'est une erreur, car en libérant le col on se rapproche notablement de la poche, on gagne plusieurs centimètres, on n'a pas à traverser l'épaisse paroi vaginale, la ponction est plus sûre et plus précise, et on ne risque pas de faire des échappées ni de blesser les organes importants.

Je pratique (par l'abdomen) l'incision du cul-de-sac vésico-utérin très haut et sur l'utérus lui-même, afin d'éviter plus sûrement la vessie, et de ménager un grand lambeau péritonéal qu'on suture ensuite plus facilement.

Pour crever le cul-de-sac de Douglas, je me sers de l'index introduit par l'orifice supérieur du vagin et j'effondre les tissus d'avant en arrière ; en raison de la saillie de l'utérus et de la profondeur de la région, il est impossible d'ouvrir ce cul-de-sac par incision et dissection.

La section des ligaments larges sur trois étages de pinces est indispensable ; sans cette précaution, les ligatures comprendraient une trop grande épaisseur de tissus et risqueraient de glisser.

La fermeture hermétique du péritoine est avantageuse à un double point de vue En premier lieu, elle nous garantit contre les hémorrhagies. Grâce à elle, nous donnons un point d'appui résistant au tamponnement vaginal qui devient efficace, tandis qu'il est absolument impuissant quand le vagin communique largement avec le péritoine.

En second lieu, nous protégeons complètement le péritoine contre l'accès des germes extérieurs. N'est-il pas irrationnel de laisser un grand foyer rempli de caillots, et contenant des tissus sphacélés par les pinces, communiquer largement avec le péritoine d'une part, avec le vagin et la vulve d'autre part.

Nous n'oserions pas établir à la paroi abdominale un drainage iodoformé sans le protéger par un pansement des plus soignés ; et cependant nous faisons le contraire dans l'hystérectomie vaginale classique, car on ne saurait prétendre appliquer sur la vulve un pansement antiseptique rigoureux, surtout dans cette région souillée à tous moments par l'urine et les matières fécales.

En fermant le péritoine comme je le conseille, en enterrant soigneusement l'extrémité des pinces, nous séparons d'une manière absolue le foyer péritonéal du foyer vaginal septique par définition. Cela ne nous empêche pas de drainer la région décollée qui en a besoin.

Si, d'un autre côté, le péritoine souillé par le pus salpingien a besoin d'être drainé, il est facile de le faire par la voie hypogastrique, dans des conditions parfaites d'antisepsie.

On ne saurait obtenir, avec la suture du vagin faite par l'abdomen ou par le vagin, les mêmes avantages qu'avec la suture des lambeaux péritonéaux; car avec la suture vaginale on ne pourrait enterrer l'extrémité des pinces, et les deux foyers continueraient à communiquer ensemble; et l'on serait dans des conditions particulièrement mauvaises, puisque l'écoulement des liquides du foyer inférieur ne se trouverait plus assuré.

Il suffit, pour apprécier les avantages de la fermeture du péritoine, de jeter un coup d'œil sur les pinces qu'on retire du vagin après quarante-huit heures.

Celles de l'hystérectomie vaginales sont noires, souillées de pus, et ce n'est pas sans effroi qu'on songe que ces instruments sortent d'un foyer qui communique largement avec le péritoine. Au contraire celles que j'enlève après l'hystérectomie vagino-abdominale sont brillantes, propres, et elles peuvent servir cinq ou six fois sans avoir besoin d'être remises à neuf.

La seule inspection des pinces me paraît un argument décisif en faveur de l'opération que je préconise.

Avantages de l'hystérectomie vagino-abdominale sur la laparotomie simple.

L'extirpation vagino-abdominale supprime l'utérus qui est souvent la cause d'accidents tenaces conduisant parfois à l'hystérectomie secondaire.

Elle ne laisse pas dans le ventre les moignons septiques des trompes qui exposent à la péritonite et qui, en infectant les ligatures, produisent des fistules persistantes.

Elle rend moins probable la rupture des poches purulentes puisqu'on ne les décortique pas sur toute leur périphérie.

Elle rend facile la ponction des poches par le vagin et évite encore de ce fait la rupture dans le péritoine.

C'est surtout en cas d'hémorrhagie grave de la surface de l'utérus que l'extirpation vagino-abdominale rend des services incomparables.

En effet les hémorrhagies incoercibles ne peuvent être traitées que par l'amputation supravaginale ou l'extirpation totale de l'utérus. Or, l'amputation supravaginale présente les inconvénients suivants : si on réduit le pédicule utérin, il est à craindre qu'il se sphacèle ou que le canal utérin inocule le péritoine. Quant à la fixation du pédicule au dehors, elle est généralement impossible à cause de sa brièveté.

Avantages de l'hystérectomie vagino-abdominale sur l'hystérectomie abdominale totale.

L'extirpation totale de l'utérus dans l'abdomen a été exécutée récemment par M. Delagénière, du Mans, et par les Américains (Polk, Baldy, etc.).

Mais il est très difficile avec cette opération de poser une ligature sur la partie inférieure des ligaments larges ; en outre, si le fil glisse ou si une pince dérape, il est souvent impossible de retrouver le vaisseau qui saigne ; il en résulte des hémorrhagies redoutables. Au contraire, avec notre opération l'hémostase de la partie inférieure du ligament large s'exécute très facilement par le vagin.

Avantages de l'opération vagino-abdominale sur l'hystérectomie vaginale.

L'extirpation vagino-abdominale rend facile l'ablation complète des annexes que l'hystérectomie simple ne permet pas toujours de réaliser.

Elle expose moins à la rupture des poches purulentes dans le ventre.

Elle diminue les hémorrhagies opératoires puisque la section des ligaments larges par le vagin n'est que partielle.

Elle donne des garanties sérieuses contre les hémorrhagies secondaires en fournissant un point d'appui résistant au tamponnement antiseptique comme nous l'avons signalé plus haut.

La blessure de l'intestin, possible avec l'hystérectomie vaginale, ne l'est plus avec notre procédé.

De même, on évite avec notre opération les erreurs de diagnostic et le sacrifice d'un ovaire sain qu'on aurait pu conserver.

Avantages de l'hystérectomie vagino-abdominale sur l'hystérectomie abdomino-vaginale.

On peut encore se demander si l'ablation du corps utérin par l'abdomen et du col par le vagin ne rendrait pas les mêmes services que notre opération.

Je répondrai que cette manière de faire ne permettrait pas la ponction par le vagin, ni la suture du péritoine pelvien et enfin qu'il serait à craindre que les tractions exercées sur le col ne facilitassent le glissement des ligatures abdominales.

Objections.

M. Delagénière fait le reproche suivant à notre manière de procéder : il pense qu'il y a danger d'infection en opérant tantôt par le vagin et tantôt par l'abdomen... Or tout le monde sait que l'antisepsie du vagin est très facile à réaliser ; d'autre part, la ponction de la poche par le vagin peut très bien se faire sans se souiller les doigts ; il suffit de quelques précautions et d'un peu d'adresse.

Je n'ai pas eu recours à la position élevée du bassin qui a donné de si beaux résultats à M. Terrier, car je ne l'ai point employée dans mes opérations. Pour le succès de la ponction par le vagin il est préférable en effet que les malades soient dans la position horizontale afin de faciliter l'écoulement du pus par le vagin.

Après la ponction il serait sans doute avantageux d'employer la méthode de Terrier-Hartmann-Delagénière ; c'est ce que je compte faire à l'avenir.

Indications opératoires.

L'hystérectomie abdomino-vaginale n'est pas applicable à toutes les variétés de salpingites.

Il est tout à fait inutile de recourir à cette opération pour les petites salpingites catarrhales pour lesquelles la laparotomie est l'opération de choix.

Pour les grosses salpingites purulentes, bas situées et très accessibles par le vagin, il est préférable de faire l'incision vaginale simple ou une hystérectomie vaginale incomplète n'ouvrant pas le péritoine.

L'opération vagino-abdominale est surtout indiquée pour les salpingites purulentes haut situées pour lesquelles la laparotomie simple et l'hystérectomie vaginale sont également redoutables.

En commençant de parti pris à libérer le col par le vagin, on sera sûr, au cours de la laparotomie qui suivra, de pouvoir ponctionner facilement par le vagin les poches purulentes qu'on évitera ainsi de rompre dans le ventre ; malgré l'adhérence des poches à l'utérus, malgré les hémorrhagies de la surface utérine, l'opération sera, quoi qu'il arrive, conduite à bonne fin. On ne sera pas obligé d'enlever toujours l'utérus, mais si cette ablation devient nécessaire, elle se fera du moins facilement et sans dangers.

Bon nombre de chirurgiens trouveront excessif d'enlever l'utérus pour une salpingite qui se laisse énucléer facilement. Cependant si la gravité de l'opération ne se trouve pas augmentée par l'ablation de l'utérus, on conviendra avec nous que la suppression de moignons septiques dangereux, d'un utérus gênant, de fistules fréquentes rendra parfaitement légitime l'opération que je conseille.

En résumé, dans toutes les grosses salpingites haut situées, je conseille de faire de parti pris la libération du col par le vagin, ne serait-ce que pour faciliter la ponction des poches, et pour permettre d'enlever l'utérus saignant ou adhérant aux poches. Dans ce dernier cas, l'ablation vagino-abdo-

minale me paraît sans discussion préférable à toutes les autres méthodes opératoires.

L'indication de cette opération est moins formelle en dehors de ces complications; toutefois s'il est démontré qu'elle est très bénigne, il sera avantageux d'y recourir pour toutes les grosses salpingites suppurées, d'après les raisons exposées plus haut.

J'insiste encore sur ce fait, que le curage utérin préventif est utile comme préparation à la salpingectomie abdominale pour antiseptiser autant que faire se peut tous les organes sur lesquels porte l'acte opératoire. Le curage préliminaire étant admis, la libération circulaire du col que je conseille est si simple qu'elle ne demande qu'une ou deux minutes de plus. Ce n'est donc plus une opération spéciale, c'est une manœuvre insignifiante comme durée et difficultés.

Résultats obtenus.

J'ai fait sept fois l'extirpation vagino-abdominale de l'utérus pour des salpingites élevées.

Dans six cas, la guérison a été obtenue sans complications.

Dans l'un d'eux, le décollement d'une poche purulente avait laissé une large surface saignante au niveau du ligament large droit. L'hémostase n'était possible qu'en liant le ligament large tout entier. On peut se demander ce qu'il serait advenu de l'utérus si l'opération en était restée là; j'ai trouvé plus prudent de l'enlever pour éviter toute complication.

Dans un septième cas, d'exécution d'ailleurs facile, malgré toutes mes précautions, deux petits abcès des ovaires furent ouverts et du pus se répandit dans le ventre; ce pus était septique, car on y trouva du streptocoque; la malade mourut de péritonite. Malgré cet accident, je persiste à penser que la rupture des poches dans le ventre sera beaucoup plus rare, grâce aux manœuvres que j'ai conseillées.

Conclusions.

1° Les petites salpingites catarrhales doivent être traitées par la laparotomie.

Les grosses salpingites qui font saillie dans le vagin sont justiciables de l'incision vaginale simple ou de l'hystérectomie vaginale incomplète.

Les grosses salpingites haut situées sont avantageusement traitées par l'hystérectomie vagino-abdominale.

2° L'ablation vagino-abdominale de l'utérus pour les salpingites élevées présente les avantages suivants : elle rend facile la ponction des poches par le vagin ; elle supprime l'utérus qui parfois présente des hémorrhagies incoercibles de la surface péritonéale, et qui est en outre inutile, gênant et parfois dangereux pour l'avenir ; elle permet l'ablation complète des poches très adhérentes à l'utérus ; elle ne laisse pas dans le ventre les moignons septiques des trompes qui peuvent provoquer l'infection du péritoine ou seulement celle des ligatures qui se traduit par des fistules persistantes.

3° Il me paraît utile de faire toujours précéder la laparotomie de la libération du col par le vagin, ne serait-ce que pour faciliter la ponction des poches par cette voie. On ne sera pas pour cela forcé d'enlever tout l'utérus, mais cette ablation se trouvera rendue très facile si on la juge indispensable ou seulement utile.

MYOME UTÉRIN COMPLIQUÉ DE GROSSESSE ET DE TORSION DE L'UTÉRUS. — AVORTEMENT SPONTANÉ. — HYSTÉROTOMIE. — GUÉRISON.

Par le Dr **M. Bourcart**
Privatdocent de gynécologie à l'Université de Genève.

Mme V..., âgée de 21 ans, ouvrière polisseuse. Généralement bien portante. Réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Mariée depuis 5 mois. Primipare. Jamais d'hémorrhagie. Depuis son mariage les règles sont supprimées.

Croit être enceinte, et me fait appeler le 20 août 1893 pour de violentes douleurs qu'elle ressent depuis quelques jours dans le côté droit, sans pouvoir leur attribuer une cause spéciale.

Ces douleurs ne sont pas fixes, mais surviennent surtout le soir quand elle a beaucoup travaillé à son établi. A encore été la veille à son atelier. Maux de cœur depuis deux jours. Constipation et ballonnement.

État actuel. — Femme brune, d'aspect un peu maigre ; couchée. La peau est chaude, le pouls tendu. Température 37°,8. Langue sèche. Vomissements.

L'abdomen passablement développé; plus gros à droite qu'à gauche.

A la palpation, le côté droit du ventre est très douloureux à la pression, l'on y sent une tumeur oblongue, remontant jusqu'aux limites du foie, dure, de consistance cependant variable d'un moment à l'autre, donnant la sensation d'un utérus au moment des douleurs ; limites très nettes, sauf au sommet (v. fig 1) où il se trouve une zone très douloureuse, submate.

Le pôle inférieur de la tumeur descend dans le petit bassin; son volume est celui d'un utérus contenant une grossesse de 6 mois. Pas de fluctuation.

La paroi abdominale présente à son niveau un certain degré d'œdème (seulement le premier jour).

A gauche, deuxième tumeur, parfaitement arrondie, s'élevant dans le ventre, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, tendue, élastique, *non* douloureuse, limitée à son sommet par un espace C, à son tympanique (estomac).

Cette tumeur est très nettement fluctuante dans tous les sens, et au choc le plus léger.

Entre ces deux tumeurs, on sent un sillon très net permettant facilement de les différencier l'une de l'autre jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. L'auscultation ne donne pas de bruits du cœur.

Examen interne. — Col de l'utérus mou, long d'environ 2 centim., légèrement entr'ouvert, permettant l'introduction de la pointe de l'index. Le col est refoulé à droite et en arrière. Sensation du ballonnement d'une tête à droite et en arrière.

Diagnostic probable. — Grossesse de 5 mois avec déviation de l'utérus à droite, refoulé par un kyste uniloculaire de l'ovaire (B).

Dangers, la fausse couche. Légers symptômes de péritonite.

Le docteur Gentz, mon collègue de clinique, appelé en consultation, est du même avis.

La malade est reçue à la clinique pour y être mise en observation. Régime léger, laxatifs, onguent napolitain. La température devient tout à fait normale.

Les douleurs persistent dans le côté droit, avec des alternatives de rémittence. Laudanum à l'intérieur et en lavements.

Le quatrième jour au matin, on trouve le col utérin effacé, l'orifice de 3 centim., on sent la tête derrière la poche des eaux.

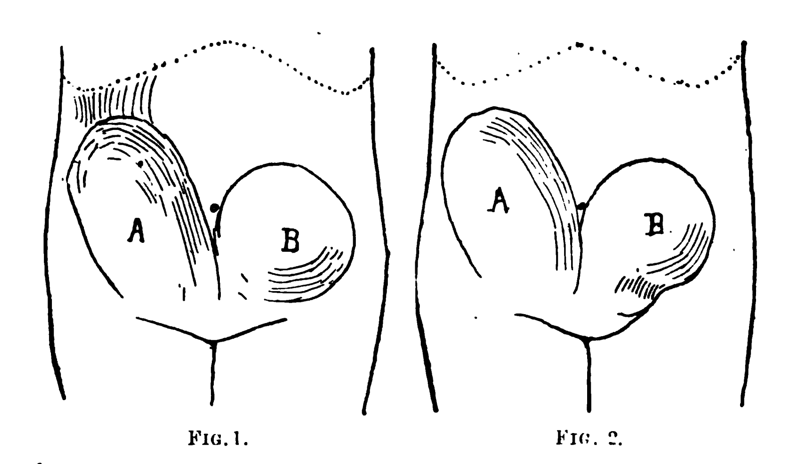


FIG. 1. FIG. 2.

La tumeur B, a un peu changé de configuration, elle semble présenter une dureté plus considérable; en outre, l'on constate à sa partie inférieure, un peu au-dessus du pli de l'aine, une proéminence allongée, moins dure, ménageant entre cette partie et la zone supérieure, une sorte de sillon (voyez fig. 2) analogue à un anneau de contraction pendant l'accouchement. Étonné, j'ausculte, et il me semble percevoir des bruits de cœur fœtaux, au centre de la tumeur B, et que j'estime transmis de la tumeur A.

Dans l'après-midi, malgré toutes les précautions, très rapidement, accouchement (7 minutes), d'une fille de 5 mois, vivante.

J'arrive quelques minutes après, n'ayant malheureusement pu assister à l'accouchement et je trouve..... la tumeur de gauche

(B) en grande partie disparue ; le placenta est encore dans l'utérus, pas d'hémorrhagie.

Les douleurs sont surtout fortes à droite, où la tumeur A se trouve contractée et variant de consistance suivant l'acuité des douleurs.

Au bout de 20 minutes, le placenta est expulsé de la façon la plus normale. Pas d'hémorrhagie. Les douleurs persistent dans le côté droit. Température, soir, 37°,3 ; matin, 37°. La nuit a été un peu agitée.

24 août. La tumeur de droite a changé de forme, elle s'est abaissée et élargie ; toujours douloureuse (v. fig. 3). On sent

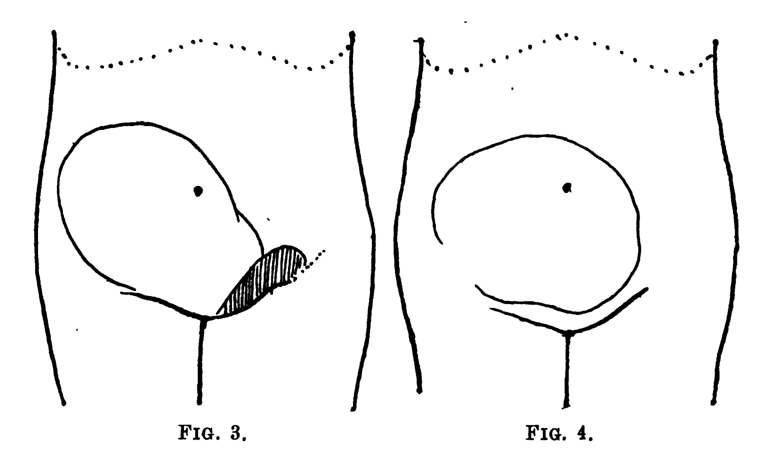


FIG. 3. FIG. 4.

à gauche le fond de B, qui est dur et aplati, petit et repoussé contre la paroi antérieure du bassin.

Écoulement sanguin très minime, sans odeur. Irrigations. Pas d'examen interne.

Dans la journée, petit frisson ; à ce moment la température s'élève à 38°,5 ; le soir, 38°,2.

Le 25. 37°,5. Selle normale. Douleurs diminuent à droite. Plus de contractions.

Les phénomènes inflammatoires se sont peu à peu amendés, la température devenue normale, l'écoulement sanguin s'est arrêté, les suites de la fausse couche tout à fait régulières.

La tumeur B a complètement disparu, et la tumeur A devenue beaucoup moins douloureuse (v. fig. 4).

Nous décidons l'opération pour le vendredi 8 septembre (15 jours après l'accouchement), afin de ne pas laisser aux fausses membranes le temps de s'organiser, et la femme désirant être délivrée de sa tumeur.

La malade est purgée deux jours avant, et mise au régime liquide. La veille de l'opération, elle a pris, dans le courant de la journée, 15 à 16 cachets, destinés à désinfecter son tractus intestinal et éviter la fermentation des matières qui y sont contenues.

Ces cachets contiennent :

Charbon finement pulvérisé.......... 1 gr.
Salo-bétol .... 0,25 centigr.

Pour un cachet. — F. t. dos. XX. — s. un cachet toutes les demi-heures.

J'ai toujours été très content de ce procédé de désinfection, qui a l'avantage : 1° d'éviter absolument le ballonnement intestinal, parfois si désagréable au moment de l'opération ;

2° De diminuer la quantité de matières septiques, résorbées par les intestins dans les jours qui suivent l'intervention, lorsque le ventre est resserré dans un pansement compressif, matières septiques qui ont évidemment pu amener quelquefois la mort de sujets faibles, dont les reins éliminaient mal les produits de résorption (Bouchard) ;

3° De donner aux intestins une coloration noirâtre (transparence) qui permet facilement de les reconnaître (utile par exemple dans les hystérectomies vaginales, avec des anses qui font saillie dans le vagin et dans certaines salpingotomies).

Depuis que j'en fais usage, je n'ai pas vu de ces élévations de température des deuxième et troisième jours, et que l'on ne savait à quoi attribuer. Les malades sont purgées le troisième jour, ou vont seules à la selle.

Je préfère cette composition au salicylate de bismuth ou au naphtol, le premier étant insuffisant, le deuxième quelquefois toxique ou caustique.

Opération. — Le 8 septembre, la malade est endormie à l'éther (seul employé à notre clinique).

Toilette du ventre, alcool, éther, sublimé.

Incision de la ligne blanche jusqu'à l'ombilic et l'on arrive directement au péritoine sans hémostase.

Ouverture de celui-ci, légères adhérences, nombreuses, très fines, et faciles à détacher.

On constate immédiatement une tumeur un peu molle, d'un rouge brunâtre, recouverte par le grand épiploon, absolument adhérent et très vascularisé.

L'ouverture est prolongée à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et toutes les adhérences pariétales antérieures, décollées avec soin et sans hémorrhagie.

J'arrive à introduire toute la main dans le ventre et tout en déchirant une multitude de fausses membranes, petites et très friables, je puis exactement préciser les rapports de la tumeur.

C'est un myôme, ovoïde, gros comme une tête d'adulte, partant du fond de l'utérus; il fait partie intégrale avec celui-ci sans pédicule ni sillon de démarcation.

L'utérus est incliné un peu en arrière et *tordu* sur son axe, la face antérieure regardant directement à gauche.

La trompe et l'ovaire gauches sont couchés dans le cul-de-sac vésico-utérin, derrière la symphyse, passant sur le ligament rond et maintenus par de nombreuses adhérences.

La face antérieure de l'utérus fait encore une saillie très notable, d'une consistance beaucoup plus molle que le reste de l'organe; c'est évidemment à ses dépens que l'utérus s'est développé, pour contenir ce fœtus.

Plus bas, en arrière, au fond du Douglas, on rencontre l'ovaire et la trompe gauches, également fixés par des fausses membranes, se laissant assez facilement détacher.

La tumeur adhérente en avant au grand épiploon est en outre fixée par son sommet et d'une façon plus solide à la face inférieure du foie, au côlon transverse, en arrière au rein, au côlon ascendant et aux organes environnants.

Ne pouvant arriver à libérer la face antérieure en décollant l'épiploon de bas en haut, j'arrive avec patience à décoller à la main toutes les adhérences latérales et postérieures, puis, en glissant l'extrémité de mes doigts sous l'épiploon, je le détache de haut en bas. Pas d'hémorrhagie, à peines trois ou quatre ligatures au catgut Reverdin sur les veines épiploïques.

Je réussis enfin à basculer le tout en dehors de l'abdomen.

Les anses intestinales ne sont nullement ballonnées, ne *cherchent pas à sortir,* la coloration noire est très visible par transparence.

Je sectionne et enlève les annexes à droite et à gauche tout en

respectant les ligaments ronds, j'enlève la tumeur et applique la ligature élastique, et détache la tumeur selon la méthode habituelle en gardant un lambeau antérieur et postérieur.

La cavité utérine est ouverte à son sommet sur un quart de centimètre environ. Suture de la muqueuse, suture étagée du pédicule, ligature des vaisseaux, suture continue du péritoine utérin aux bords de la plaie.

Il est à remarquer que nous avons eu passablement de peine à

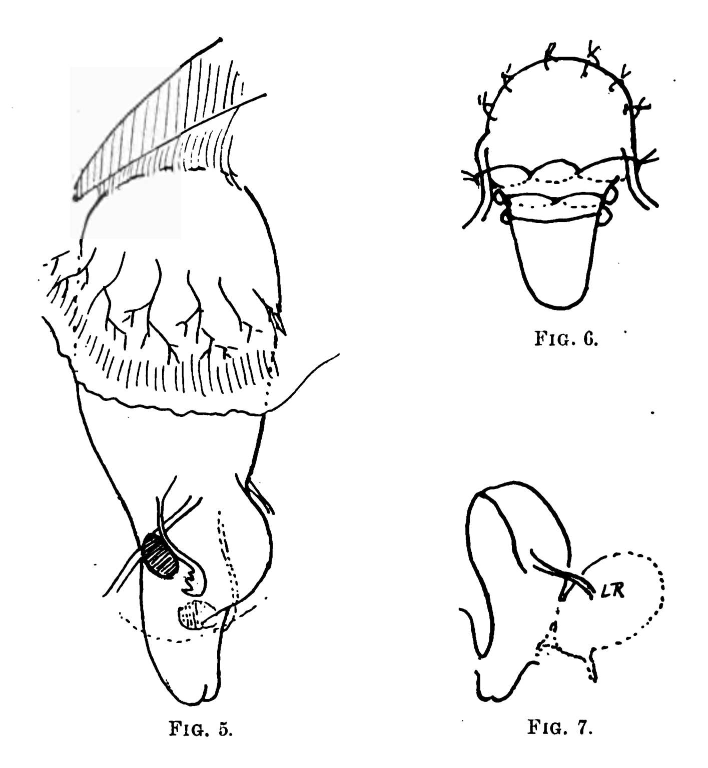


FIG. 6.

FIG. 5.

FIG. 7.

obtenir facilement l'accolement des lambeaux, les tissus étant rendus très friables par l'état de subinvolution de l'utérus. Nous sommes même obligés de faire trois étages de ligatures supplémentaires du pédicule, triple, double et simple (v. fig. 6), la suture étagée ne paraissant pas suffisante pour maintenir l'hémostase, une fois la ligature élastique enlevée.

Le pédicule est abandonné dans le ventre; l'utérus *reste maintenu en avant* par les ligaments ronds.

Suture perdue du péritoine. Suture en masse des parois abdominales. Toutes ces ligatures et sutures sont faites à la *soie au sublimé.*

Pansement compressif.

Durée de l'opération, 1 heure trois quarts. Quantité d'éther employée : 90 grammes.

Réveil facile. Pas de vomissements. Le soir, 38°,1; pouls 105. Morphine, la nuit; le lendemain, 37° et 37°,3.

Léger écoulement sanguin par la vulve. Urine seule. Pas de ballonnement.

Le 11. Selle charbonneuse liquide.

Le 12. Huile de ricin. Alimentation.

Le 14. Pansement. Réunion complète de la plaie.

Pas de douleurs, état général excellent.

Suites de l'opération bonnes, enlevé les fils le 15. Se lève le 25 et quitte la clinique le 28 septembre.

Je l'ai revue depuis, elle a eu deux fois ses règles, à des époques assez éloignées l'une de l'autre. Utérus volume moyen, mobile, en antéversion.

Discussion. — Ce cas est tout d'abord intéressant, en ce sens que le premier diagnostic, posé sur les signes physiques des deux tumeurs, était faux; la tumeur A ayant été prise pour l'utérus, refoulé à droite par un kyste de l'ovaire B, alors que la tumeur A était un *myôme*, légèrement œdématié et la tumeur B, l'utérus, ou plutôt une partie de celui-ci, contenant un fœtus; la cavité interne fortement dilatée par l'hydramnios et sa paroi très amincie (voir fig. 8).

Les variations de consistance de la tumeur A, concordant avec les variations dans les intensités des douleurs, pouvaient excuser notre erreur, de même que l'extrême facilité de fluctuation et l'absence de bruits du cœur dans la tumeur B.

La malade, quoique grosse de 5 mois, n'avait jamais ressenti de mouvement fœtal.

L'examen interne ne décelait rien de positif, si ce n'est la

présence d'une tête et d'une fausse couche en train de se produire.

La malade ne s'était jamais aperçue d'aucune tumeur ; il est probable que le myôme n'a pris son développement considérable qu'en suite de l'excitation produite par la grossesse ; il est alors arrivé un moment où l'abdomen s'est trouvé trop petit pour contenir les deux tumeurs, ce qui a provoqué

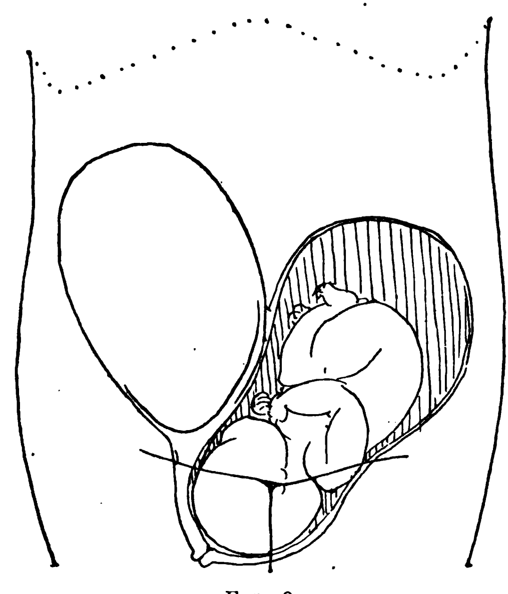


Fig. 8.

l'irritation péritonéale et probablement aussi la fausse couche ; l'utérus était, en outre, probablement à son dernier degré d'amincissement, et sans l'heureuse terminaison, il se serait probablement produit une déchirure utérine, dont la terminaison est généralement fatale.

Le développement de la grossesse a dû se faire principalement aux dépens de la paroi antérieure, ainsi que nous l'avons constaté au moment de l'opération. C'est probablement aussi ce qui explique la torsion de l'utérus sur son

axe; la tumeur A s'était rapidement développée à droite et en arrière et a obligé la matrice à prendre la place qui lui restait libre.

A noter la place occupée par les annexes, qui sont restées fixées par la péritonite au lieu où elles avaient été entraînées au moment du développement des deux tumeurs.

Notre idée première, en pensant à une grossesse compliquée de kyste de l'ovaire, avait été, une fois les menaces de fausse couche supprimées, d'enlever la tumeur et de voir la grossesse arriver normalement à son terme, malgré notre intervention. Il est heureux que la fausse couche se soit d'abord produite, elle a supprimé notre erreur et facilité une opération qui aurait pu être beaucoup plus grave. Une fois le ventre ouvert nous aurions dû en attendre la terminaison, très dangereuse avec la menace d'une rupture utérine, ou enlever l'utérus en entier, intervention dont la statistique mortuaire est très considérable dans ces cas (voir les statistiques de Pozzi, Martin, etc.).

Il aurait été cependant intéressant de constater directement le développement de l'utérus par rapport au myôme, ce qui n'a malheureusement pu être fait que d'une façon très incomplète.

Une des difficultés de l'opération a été la friabilité des tissus utérins, due à l'involution encore incomplète de cet organe; il n'est pas toujours donné au chirurgien de choisir le moment le plus propice, et il doit savoir faire face courageusement aux incidents qui se produisent.

L'on nous reprochera peut-être d'avoir enlevé les annexes, la cavité utérine ayant été à peine ouverte, et de priver ainsi une jeune femme d'une nouvelle grossesse. Mais leur situation au milieu des adhérences, et la nécessité de faire de la place pour dégager la tumeur et appliquer assez bas la ligature élastique, nous excusent largement.

De plus, les ligatures subséquentes du pédicule, en vue d'une hémostase parfaite, étant situées au-dessous de l'insertion des trompes, et perforant en plusieurs points la

cavité utérine, avaient rendu leur conservation inutile et même dangereuse. D'autre part, la *conservation des ligaments ronds* a permis à l'utérus de se maintenir dans une position normale, ce qui n'était pas à dédaigner avec un péritoine aussi sensible, et les dangers d'une rétroversion.

L'intervention directe, par hystéro ou hystérectomie dans les cas de fibromyômes compliqués de grossesse, a de tous temps été peu étudiée ; Pozzi, entre autres, y consacre un chapitre intéressant qui résume parfaitement les divers procédés employés.

Comme il est facile de se rendre compte, les grossesses arrivées à terme soit lorsque la tumeur est volumineuse, soit en suite d'intervention opératoire, sont très peu nombreuses, et la mortalité pour les mères et les enfants encore considérable.

Quant à l'expectation, elle n'aurait pu être justifiée dans ce cas, soit par le volume de la tumeur, soit par les menaces d'irritation péritonéale. La diminution de volume ou même la disparition des myômes après l'accouchement est un phénomène rare, et leur conservation, surtout lorsqu'ils sont d'un volume considérable, peut donner lieu à des accidents autrement plus graves, et ne permettant plus au chirurgien d'intervenir d'une façon aussi efficace et aussi heureuse.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES POLYPES MYOMATEUX

Par le Dr **Urbain Wiercinsky**.

Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg. Clinique d'accouchement et de gynécologie du professeur A. LÉBÉDEFF.

Chacun conviendra que le traitement médical des myômes utérins, au point de vue de leur cure radicale, donne des résultats fort incertains.

Quant aux myômes sous-muqueux polypeux, liés à l'utérus

par un pédicule peu épais, ne contenant ordinairement que quelques grêles vaisseaux, le seul traitement qui leur est applicable est l'intervention opératoire. L'opération doit être faite le plus tôt possible, avant que l'hémorrhagie ou la gangrène de la tumeur viennent à menacer l'existence de la malade.

L'ablation de toute tumeur pédiculée (polypes fibro-myômateux du corps ou du col de l'utérus, sarcomes pédiculés, adénomes polypeux ou polypes placentaires; la nature anatomo-pathologique de la tumeur ne change rien à la question), quand le pédicule est accessible ou peut être rendu accessible par la dilatation du col utérin, ou au moyen d'un autre procédé, ne présente aucune difficulté opératoire.

Mais ces conditions favorables ne se rencontrent que dans certains cas, où la tumeur, étant de petit volume, a pu franchir l'orifice du col et se trouve tout entière ou en partie dans le vagin. Quelquefois le polype peut même traverser l'anneau vulvaire et provoquer un prolapsus utérin. Dans ces conditions la polypotomie représente une opération fort simple et peut être pratiquée à l'aide d'un bistouri ou d'une paire de ciseaux. L'ablation faite, on aura soin, si le pédicule contenait des vaisseaux d'un certain calibre, de jeter quelques ligatures, mais l'hémorrhagie est généralement insignifiante et la cautérisation de la plaie avec le thermocautère de Paquelin suffit pour l'arrêter.

L'opération devient beaucoup plus compliquée, quand la base de la tumeur est difficilement accessible. Ce sont des cas où la tumeur s'attache au fond de la matrice et le plus gros de son volume se trouve renfermé dans la cavité utérine ou quand un gros polype, quoique ayant franchi l'orifice du col et descendu dans le vagin, le remplit tout entier. Ces énormes polypes donnent lieu à des indications opératoires spéciales.

L'ablation peut être exécutée dans ces cas au moyen d'une anse galvano-caustique. L'anse doit être jetée, si c'est possible, sur la base de la tumeur. Pour remplir cette condition

essentielle on doit se servir des conducteurs spéciaux (1). Ceux du professeur Lébédeff de Saint-Pétersbourg, d'un usage fort commode, se composent de deux sondes utérines, longues et flexibles, munie chacune d'une ouverture à leur extrémité où on passe le fil de platine (fig. 1). Grâce à leur

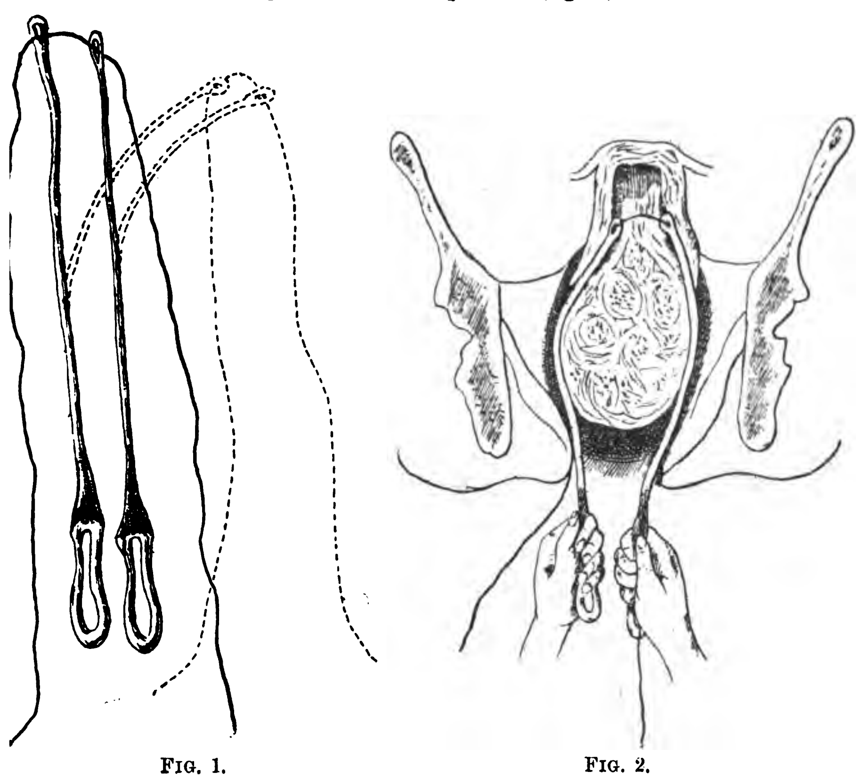


FIG. 1. FIG. 2.

flexibilité on leur imprime facilement le degré de courbure

(1) Au temps où la ligature était l'unique procédé employé pour enlever les polypes myômateux il existait un nombre considérable de modèles de conducteurs. Ceux du professeur Lébédeff présentent la plus grande ressemblance avec les conducteurs de Richter-Görtz, Löffler et Ch. Bell. Tous ceux qui s'intéresseraient à ce sujet trouveraient des dessins bien faits des instruments de ce genre dans le livre de Kilian. *Operationslehre für Geburtshelfer*. Zweiter Theil. Bonn, 1856.

voulu, suivant le volume et la situation de la tumeur. Pour s'en servir on saisit de la main droite les deux sondes, le fil étant chargé, et on les introduit dans la cavité utérine en les faisant glisser et suivre la surface de la tumeur. Une fois introduites jusqu'au fond de la cavité utérine — supposition faite, que le pédicule a pour point d'insertion le fond de l'utérus — l'une des sondes, avec le bout correspondant du fil de platine, est tenue fixe, tandis qu'à l'autre on fait exécuter un arc de cercle complet en la faisant glisser autour de la base de la tumeur. Grâce à cette manœuvre le fil de platine s'enroule autour du pédicule (fig. 2). L'anse faite on la fixe à l'aide du doigt introduit dans la cavité utérine et on retire les deux sondes, après quoi on introduit les deux bouts du fil de platine dans les deux tubes du manche de l'appareil galvanocaustique, qu'on fait glisser suivant le fil jusqu'à la base de la tumeur et on ferme le courant.

L'ablation galvanocaustique dure de 5 à 10 minutes, elle est presque indolore et les malades n'accusent pendant l'opération qu'une légère sensation de cuisson.

Il est à remarquer que l'appareil galvanocaustique, employé ordinairement présente, dans sa construction, quelques inconvénients. En effet, les tubes rectilignes de l'appareil forment avec l'anse un angle presque de 90°, par conséquent le fil de platine appuie et frotte sur le bord des tubes et, porté au blanc, quand le courant est fermé, il se rompt facilement. Pour parer à cet inconvénient, le professeur Lébédeff a fait remplacer les tubes rectilignes (fig. 3) par des cylindres légèrement recourbés à leurs extrémités libres (fig. 4). Grâce à cette courbure le fil de platine sort des tubes formant un angle obtus.

L'ablation de la tumeur par l'anse galvanocaustique ne donne lieu qu'à une hémorrhagie insignifiante.

La tumeur enlevée, on fait le lavage de la cavité utérine ou du col, suivant le lieu d'implantation de la tumeur, avec une solution antiseptique et on tamponne la cavité utérine avec de la gaze iodoformée d'après Fritsch (1).

---

(1) FRITSCH. Ueber die Verwendung der Iodoformgase in der Gynäkologie. *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1888, n° 288.

On enlève le tampon après 3 ou 4 jours. Le renouvellement du tampon n'est généralement nécessaire qu'en cas d'une hémorrhagie. Si la T. monte on enlève le tampon et on fait

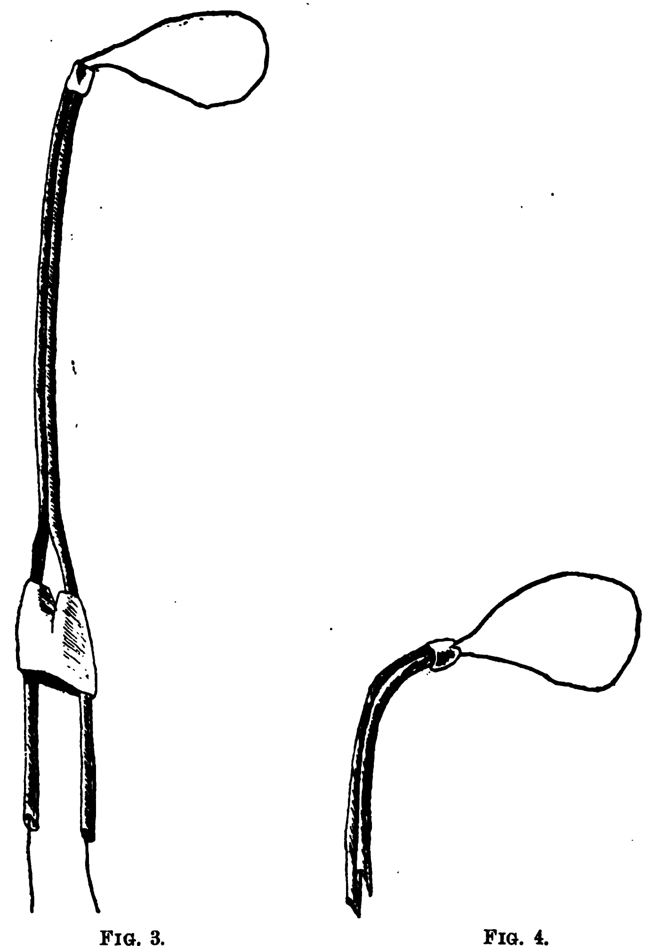


FIG. 3. FIG. 4.

un lavage de la cavité utérine avec une solution de sublimé de 1 : 4000.

L'anse galvanocaustique présente comparativement à tout écraseur les avantages suivants :

1) L'anse est un instrument absolument aseptique.

2) Elle coupe juste à l'endroit voulu sans entraîner les parties voisines.

3) En cautérisant la surface de la plaie opératoire, elle prévient toute possibilité d'hémorrhagie secondaire.

4) L'eschare produite par la cautérisation prévient l'infection de la plaie opératoire.

5) L'anse, en sectionnant le pédicule, ne blesse pas les parties voisines.

Vu tous ces avantages, l'anse galvanocaustique peut être comparée au couteau, qui doit être considéré comme le meilleur instrument de chirurgie.

Quelques mots des préparatifs de l'opération. La malade aura pris un grand bain la veille, l'intestin aura été vidé par un purgatif ou un lavement. Avant l'opération on videra la vessie et rasera les poils. Le nettoyage des organes génitaux d'abord externes sera fait soigneusement avec du savon et de l'eau carbolisée à 3 p. 100, puis du vagin avec de l'eau carbolisée à 2 p. 100 ou de la solution de sublimé à 1 : 2000. En général toute l'opération sera conduite suivant les règles de la plus sévère antisepsie.

La malade sera placée dans la position dorso-sacrée, quelquefois on devra utiliser le porte-jambes de Fritsch. L'emploi du chloroforme n'est nécessaire que dans des cas exceptionnels.

Quelquefois l'application de l'anse sur le pédicule, même à l'aide desdits conducteurs, devient très difficile, parfois même impossible. Dans ces cas au lieu d'enlever la tumeur d'un trait on appliquera l'anse sur la partie accessible. Cette partie étant enlevée, la base de la tumeur devient ordinairement accessible et on procède de la même manière, attaquant alors le pédicule. On ferait mieux de finir l'opération dans une même séance sans attendre l'abaissement spontané du reste de la tumeur que dans des cas où toute supposition d'une infection peut être écartée. Dans la clinique du professeur Lébédeff, nous avons pu observer plusieurs cas

de la dernière catégorie, qui ont eu pour résultat la convalescence complète.

En un mot, l'anse galvanocaustique, modifiée par le professeur Lébédeff, peut être appliquée à l'aide desdits conducteurs avec succès même dans les cas les plus difficiles. Par conséquent, elle peut très bien remplacer : 1° « le morcellement » qui représente une opération longue, très difficile et toujours accompagnée d'une abondante hémorrhagie d'autant plus grave, que les malades myômateuses sont toujours anémiées, 2° « l'allongement opératoire » (les deux procédés de Simon et de Hegar), qui échoue presque toujours, et 3° l'ablation au moyen du serre-nœud, qui écrase les tissus et donne lieu quelquefois à l'inversion partielle des parois utérines et même leur perforation, outre qu'il est moins préférable au point de vue antiseptique.

REVUE CLINIQUE

RUPTURE DE LA CLOISON VAGINO-RECTALE PENDANT L'ACCOUCHEMENT, SANS DÉCHIRURE DU PÉRINÉE. — SUTURE IMMÉDIATE.

Par le Dr **V. Baudry**, de Rennes.

Le 17 février 1892, à 6 heures du soir, j'étais appelé par Mme Blot, sage-femme, à lui prêter mon concours près d'une femme en travail. Lorsque j'arrivai chez elle, cette femme était accouchée et délivrée et la sage-femme me résuma ainsi son observation :

Eugénie S... est primipare, âgée de 27 ans, elle exerçait la profession de factrice; menstruée pour la première fois à 11 ans et demi, elle l'a toujours été régulièrement. La date des dernières règles correspond au 9 mai 1891; la grossesse n'a présenté aucun accident pathologique. Depuis deux mois environ, cette femme est la pensionnaire de Mme Blot et sa santé a été parfaite.

Le travail a débuté le 16 février, à 10 heures du soir; l'enfant se présente par le sommet en O.I.G.A.; la poche des eaux se rompt

spontanément, le 17 février, à 3 heures du soir ; la tête descend et elle apparaît à la vulve lorsque la parturiente déclare ressentir un impérieux besoin d'aller à la garde-robe. La sage-femme la rassure et lui conseille de pousser. Quelle n'est pas sa surprise de voir alors apparaître par l'anus *une main* ? C'est à ce moment qu'elle envoie quelqu'un vers moi ; cependant, elle dégage la tête et, introduisant deux doigts dans le vagin, saisit le bras postérieur et ramène — facilement, me dit-elle — ce membre par la voie naturelle. La délivrance se fait spontanée et rapide ; le placenta vient d'être expulsé au moment où j'arrive. L'écoulement de sang est minime.

Je fais laver abondamment le vagin au moyen de la solution de sublimé à 0,25 pour 1000 et je pratique l'examen de la femme :

La vulve est intacte dans toutes ses parties ; le périnée ne présente aucune déchirure. L'anus forme un bourrelet saillant, dur et violacé. Introduisant les doigts dans le vagin, je constate que la paroi postérieure est déchirée sur une large étendue. Cette déchirure affecte la forme d'un triangle dont le sommet est à gauche et environ à deux centimètres du col, et dont la base transversale semble une désinsertion du vagin de l'anneau vulvaire ; elle laisse pénétrer trois doigts. Du côté du rectum, la déchirure est beaucoup moins étendue, elle est presque arrondie et, par cette voie, il n'est pas possible de faire pénétrer plus d'un doigt dans le vagin en suivant la direction du périnée.

Quelle pouvait être la cause de cette lésion si particulière chez cette femme, d'ailleurs bien conformée ? En l'interrogeant, j'appris qu'elle avait eu au mois d'avril 1891 un abcès de la paroi vaginale postérieure qui s'était terminé par l'évacuation spontanée d'une petite quantité de pus et dont l'évolution avait duré trois semaines environ. C'est certainement au niveau de la cicatrice de cette petite lésion que s'était faite la déchirure.

En présence de ces désordres, je résolus de tenter la suture immédiate. Comme je l'ai dit, la déchirure vaginale avait une forme triangulaire. J'affrontai par cinq points de suture à la soie phéniquée les deux côtés de l'angle aigu de ce triangle. Le passage des deux fils les plus profonds fut un peu pénible ; cependant je pus effectuer mon opération avec l'aiguille périnéale d'Emmet, la seule que j'aie toujours dans ma trousse obstétricale. Après avoir réuni ces deux lèvres de la plaie, et pour obtenir leur affron-

tement avec la base du triangle, je passai à travers le périnée trois fils qui, introduits à gauche, ressortaient à droite après avoir traversé les trois côtés de la déchirure. Le passage de ces fils fut très facile avec mon aiguille, un doigt étant introduit dans le rectum. Avec ce doigt, je constatai que, bien qu'uniquement faite par la voie vaginale, ma suture obtenait un affrontement suffisant pour que la muqueuse rectale fût dans une situation satisfaisante et je ne crus pas utile de rien faire par cette voie.

Le vagin et le rectum furent lavés à la solution de sublimé et le vagin tamponné à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples : il n'y eut aucune fièvre ; on fit tous les jours jusqu'au 24 une large injection suivie d'un tamponnement iodoformé. Le 24, on enlève les fils et on borne le traitement à trois injections vaginales par jour. La réunion est parfaite dans la partie supérieure; mais, à la partie inférieure, il persiste une fistule parallèle au plancher périnéal, dont l'ouverture vaginale, la plus grande, admet à peine le bout de l'index et l'ouverture rectale exactement une sonde de femme. Les bords des orifices de la fistule sont bien bourgeonnants, la sérosité qu'ils laissent écouler fort peu abondante; on se contente de pratiquer dans le trajet des injections au moyen d'une solution phéniquée forte. Pourtant, à chaque garde-robe, des matières fécales sortent par le vagin.

La fistule continue à diminuer de volume et le 15 mars son ouverture vaginale est arrivée à ne plus présenter que le diamètre d'une sonde de trousse. A cette date, je pratique la cautérisation du trajet au moyen du nitrate d'argent; du 15 mars au 15 mai, il est fait, en tout, cinq cautérisations, et à cette date la fistule, qui n'admet plus même un stylet dans toute son étendue, ne laisse passer de matières que lorsqu'elles sont tout à fait liquides.

A partir des premiers jours de juin, aucun écoulement de matières n'a eu lieu par la voie vaginale.

Examinée le 19 juin, Eugénie S... ne présente plus trace de sa fistule; la cicatrice de la déchirure est complète; mais elle donne à la paroi vaginale un aspect plissé très marqué, elle est infiniment plus irrégulière qu'une suture faite après avivement et cela se conçoit, les bords de la plaie qui ont été affrontés étant fort irréguliers; en outre, il y a un léger degré d'abaissement de l'utérus.

Malgré que la réunion n'ait pas été immédiatement complète;

malgré l'ennui d'une fistule oblitérée seulement trois mois et demi après l'accouchement, je crois avoir fait œuvre utile en tentant la suture immédiate, convaincu que je suis de la complexité qu'eût présentée une opération réparatrice tentée seulement après quelques semaines ou quelques mois. Et si semblable accident se renouvelait sous mes yeux, ce qui n'est pas probable étant donnée l'extrême rareté de ces déchirures avec intégrité complète du périnée, je me comporterais de même en m'efforçant seulement d'obtenir un affrontement plus parfait, une réunion plus hermétique de la plaie, quelque pénible que soit en pareil cas la multiplicité des points de suture.

OBSERVATION D'UNE SYMPHYSÉOTOMIE PRATIQUÉE A L'HOTEL-DIEU DE PONTOISE

Par le Dr **A. Crimail,** chirurgien en chef.

Le 19 juillet 1893 entrait, à 5 heures du soir, dans mon service de la Maternité, la nommée Eugénie F..., âgée de 23 ans, habitant Beaumont-sur-Oise. Cette femme, qui m'était envoyée par mon confrère et ami le Dr Meyer, a déjà eu en 1891 une première grossesse qui s'est terminée par une embryotomie ; son père, qui avait toujours joui d'une bonne santé, est mort en Algérie suite d'un accès de fièvre pernicieuse ; sa mère vit et est bien portante ; ses deux frères et ses deux sœurs sont actuellement bien portants et bien conformés.

Eugénie F... a marché à 9 mois; vers 5 ans sa mère s'est aperçue de la déviation de sa colonne vertébrale ; à 18 ans, apparition des premières règles ; cette fonction s'est toujours faite régulièrement ; se marie à 21 ans. Première grossesse en 1891 (terminée par une embryotomie) et enfin deuxième grossesse fin novembre 1892.

Cette femme présente une bosse dorsale très volumineuse avec inclinaison de la colonne vertébrale à droite.

La mensuration du bassin donne :

Entre les épines iliaques antéro-supérieures	22 cent.
Entre les centres des crêtes iliaques	23 » 1/2
Entre l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et la partie supérieure de la symphyse pubienne....................	14 »

Au toucher le diamètre promonto-sous-pubien donne 9 cent. 5.

La hauteur totale de cette femme du sol au sommet de la tête est de 1 m. 29 et la hauteur du sol à l'épine iliaque antérieure et supérieure, de 77 centim.

A son entrée dans le service je trouve la dilatation complète ; la tête non engagée se présente en O.I.D.T. Les douleurs se succèdent régulièrement.

A 5 heures 40 je fais une application de forceps sous le chloroforme et, pendant vingt minutes, je fais des tractions assez fortes sans cependant réussir à faire gagner quoique ce soit à la tête. Je retire alors mon forceps et me dispose à pratiquer la symphyséotomie. Je choisis en effet cette opération car, suivant les conseils de M. le professeur Pinard, je renonce pour toujours à la basiotripsie sur un enfant vivant et, étant donné le diamètre promonto-sous-pubien (9 cent. 5), je ne crois pas devoir faire courir à la femme les risques d'une césarienne (qui cependant m'a donné déjà deux succès) persuadé que l'enfant devra pouvoir passer à travers la filière pelvienne une fois l'écartement produit par la section de la symphyse.

Mes collègues et amis, les Drs Meunier et Katz, ne se trouvant pas chez eux, je suis obligé d'attendre leur retour et je ne puis commencer mon opération qu'à 7 h. 55. La manœuvre opératoire est celle conseillée par M. le professeur Pinard : je n'ai été arrêté quelques instants que par une hémorrhagie provenant d'artérioles de la peau et du tissu cellulaire, que l'application de 5 ou 6 pinces a suffi pour arrêter. La section du ligament est terminée à 8 h. 05. J'obtiens un écartement maximum de 5 cent. 5 millim. La tête, toujours dans la même position, s'engage mais la descente ne se fait que très lentement. A 8 h. 30 je place mon forceps et à 8 h. 35 j'amène un enfant, en état de mort apparente, qui ne tarda du reste pas à respirer : C'est un enfant du sexe masculin, bien conformé, du poids de 8 livres. Environ un quart d'heure après, le placenta est expulsé et, après lavages des parties génitales, je m'occupe de la plaie pubienne : quatre sutures profondes au fil d'argent, six superficielles au crin de Florence ; pansement avec gaze et ouate iodoformées, maintenu par une bande de tarlatane comprimant le bassin ; injections vaginales avec la solution alcoolique de naphtol.

Les suites de couches ont été normales : la température (à part

le second jour, écart de régime) n'a jamais dépassé 37°,3. Le septième jour, j'enlève les points de suture, réunion complète sauf très superficiellement au niveau des deux points de suture inférieurs; mais 3 ou 4 jours après la cicatrisation était complète sans suppuration. Enfin le 12 août, c'est-à-dire 23 jours après l'opération, la femme F... quittait l'hôpital et retournait à Beaumont avec son enfant (neuf livres) qu'elle nourrissait au sein.

Depuis j'ai eu l'occasion de revoir cette femme dont la santé est florissante, qui marche aussi facilement qu'avant sa symphyséotomie et qui nourrit toujours son enfant qui est magnifique.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Une nouvelle opération pour prolapsus.

Par H. W. FREUND (1).

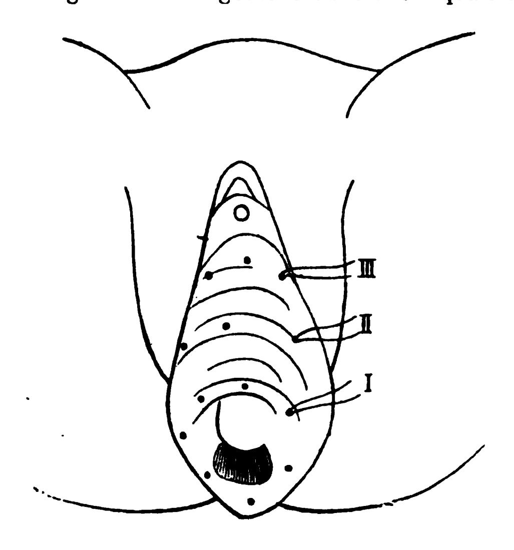
La caractéristique de ce nouveau procédé opératoire consiste dans l'inclusion dans la paroi vaginale de plusieurs anneaux en fil d'argent.

Voici comme l'auteur a procédé. D'abord, une suture circulaire (suture en cordon de blague à tabac) près de l'insertion du vagin sur la portion vaginale, ainsi qu'il est représenté dans la figure A.

Avec une aiguille courbe, armée d'un fil d'argent, on pique dans la muqueuse vaginale; puis, on pousse assez loin, suivant un trajet curviligne, l'aiguille dans le tissu sous-muqueux et on la fait ressortir à une distance plus ou moins grande du point d'entrée suivant l'appréciation de l'opérateur. Ensuite, on repique avec l'aiguille exactement, dans son point de sortie, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'aiguille vienne ressortir par le point d'entrée initial. A ce moment, un assistant repousse légèrement la portion vaginale en dedans. On serre ensuite et on noue le fil aussi fort qu'on le juge nécessaire, en évitant bien entendu de le serrer tellement que les liquides utérins ne puissent plus s'écouler. A ce moment, la portion vaginale disparaît complètement, elle remonte en arrière, et par cela seul, le prolapsus se trouve

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 47, p. 1081.

diminué. Cela fait, à un ou deux travers de doigt du premier, on passe, exactement de la même manière, un second fil qui est serré de façon à laisser le vagin perméable pour la pulpe du doigt, et coupé ras. La muqueuse vaginale en excès se replie entre les fils, et les plis sont d'autant plus petits que les fils sont plus rapprochés; un troisième fil est placé à peu près à la même distance du second que celui-ci du premier, puis noué et coupé ras. Dans le premier cas où Freund opéra, déjà, à ce moment de l'opération, vagin et utérus étaient complètement rentrés dans le bassin. L'orifice du vagin restait largement ouvert. Un quatrième fil fut



alors placé au niveau de l'hymen, autour de l'entrée du vagin, et le rapprochement de ses extrémités fermait si bien le vagin qu'on aurait pu aisément réaliser une colpocléisis complète. Naturellement, on ne serre également ce fil que de façon à laisser l'ouverture jugée convenable.

C'est ainsi que Freund décrit sa nouvelle opération du prolapsus, opération d'une exécution rapide (quelques minutes à peine), presque aussi simple que l'application d'un pessaire, donnant lieu à l'écoulement à peine de quelques gouttes de sang, peu douloureuse et par conséquent n'exigeant pas l'anesthésie chloroformique. Il convient, pour la pratiquer, de se servir d'une aiguille

assez grosse pour que l'orifice de sortie soit assez grand qu'on puisse y repiquer très exactement l'aiguille; car, la plus petite portion de fil laissé au-dessus de la muqueuse ne permet pas de le nouer convenablement, et que d'autre part, la striction du fil risquerait de couper les tissus. Le nombre des fils peut varier et dépend de l'importance du prolapsus, de l'état de la muqueuse vaginale, etc. Il n'est pas non plus nécessaire que les anneaux métalliques soient exactement parallèles, par la raison qu'on est conduit à prendre plus ou moins de l'une ou de l'autre paroi suivant leur degré respectif de prolapsus.

Comment agissent ces anneaux métalliques ? De deux manières, pense Freund : *a) mécaniquement*, en constituant une barrière répartie entre plusieurs étages contre la descente des parties relâchées ; *b)* par *irritation du tissu environnant* et prolifération consécutive (action produite par un corps étranger, rétraction ultérieure du tissu connectif néoformé).

L'auteur fait spécialement remarquer qu'il ne donne pas son procédé comme applicable dans tous les cas, que beaucoup de prolapsus liés à des conditions spéciales (allongement du col, déchirures du périnée, etc.), sont, notoirement, justiciables d'interventions connues et éprouvées. Il réclame pour sa méthode qu'il n'a appliquée qu'à des sujets âgées et qu'il déconseille encore chez les femmes jeunes, un complément d'observations, d'expérience. Jusqu'à ce jour, il l'a pratiquée sept fois, toujours avec les mêmes heureux résultats. Mais ces résultats ne datent pas d'assez loin.

Ils sont excellents, comme résultats opératoires. Mais, en tant que définitifs, ils sont encore à juger. En terminant, Freund déclare que l'idée de ce procédé lui est venue d'un procédé analogue imaginé par Thiersch contre le prolapsus du rectum chez l'enfant.

R. LABUSQUIÈRE.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Pour M. Doléris, le traitement de la blennorrhagie chez la femme est variable suivant la forme à laquelle on a affaire :

Si, au moment du premier examen, on constate que le corps de

l'utérus est pris, ce dont témoignent l'apparition de la métrorrhagie, la douleur et l'augmentation de volume, si les annexes sont atteintes, la série des moyens à employer est tout entière à emprunter à l'ancienne pratique. On est en présence, en effet, de ces formes à *infection diffuse*, dans lesquelles les épithéliums et le derme muqueux, parfois le stroma sous-jacent à la muqueuse sont intéressés; dans ces cas pas de traitement actif. Repos, lavages fréquents du vagin et du col avec des solutions de sublimé; tampons vaginaux à demeure tantôt imbibés de glycérine diversement antiseptisée (action dialysante topique sur le col utérin), tantôt calmants, par addition de médicaments analgésiants. Révulsifs sur l'abdomen, en cas de désordres abdominaux, etc. Émollients et balsamiques en cas d'uréthrite. En un mot c'est le traitement de la blennorrhagie aiguë des spécialistes. Au contraire, dans les cas *subaigus* ou *chroniques anciens*, le fait de la *localisation* devient prédominant. Le col est alors l'habitat de choix, c'est le premier et le dernier cantonnement d gonocoque. Le traitement doit viser à détruire les gonocoques dans le col et à les atteindre dans leurs retraites les plus profondes. Pour cela, il faut : 1° multiplier l'action des agents microbicides par la répétition des lavages antiseptiques spéciaux;

2° Étaler et mettre à découvert le plus possible les diverticules folliculaires profonds. Comme antigonococcique on a conseillé le permanganate de potasse, le chlorure de zinc. M. Doléris pense que les sels mercuriques, le bichlorure par exemple, ont une action énergique et rapide. Pour que ces antiseptiques agissent, il faut étaler, mettre à découvert le plus possible les diverticules folliculaires profonds; il faut maintenir le col béant et son trajet suffisamment ouvert, par un bon drainage pendant un temps suffisant. La conclusion, c'est que la dilatation, *lente*, progressive, *excessive* et répétée, est l'élément le plus sûr du traitement intra-utérin. (Doléris. *Nouvelles Archives d'obstétrique*, février 1894.)

H. H.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai.

LE DENTU fait un rapport sur un travail du Dr Pichevin, l'**hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines.** Après un résumé succinct des divers procédés déjà imaginés (Amussat et Richelot père, Rabeneau, Schucking, Zweifel, Sänger, Mackenrodt, Dührssen), Le Dentu décrit ainsi le nouveau : L'incision initiale ayant été tracée depuis le tubercule antérieur du vagin jusqu'à l'insertion cervicale de sa paroi antérieure, la vessie ayant été disséquée et la face antérieure du corps de l'utérus étant renversée en bas et en avant, une première aiguille est introduite dans la paroi vaginale, le plus près possible de l'angle antérieur de l'incision; continuant son chemin, cette même aiguille pénètre dans le tissu utérin le plus près possible du fond à 7 millimètres à gauche de la ligne médiane, chemine transversalement dans le tissu utérin à 5 millimètres de profondeur et en sort à droite à 7 millimètres de la ligne médiane. Elle termine son parcours en perforant la paroi vaginale de la profondeur vers la surface, à 1 centimètre à droite du bord de l'incision médiane. Deux ou trois fils sont passés de la même façon d'avant en arrière. Ainsi que le recommande Winter, M. Pichevin a soin de fixer le fond de l'utérus le plus près possible du tubercule antérieur du vagin. Comme fils abaisseurs et fixateurs il emploie la soie et fait la suture superficielle vagino-utérine avec des crins de Florence.

Lorsque la paroi antérieure du vagin est relâchée, qu'il existe une cystocèle plus ou moins accusée, la colporrhaphie s'impose. L'incision plus ou moins étendue de la paroi vaginale de chaque côté de l'incision complète avantageusement l'opération en fournissant aux fils fixateurs un point d'appui résistant.

Les opérateurs sont d'accord sur ce point et aussi sur la nécessité de pratiquer, lorsque les circonstances l'exigent, la colporrhaphie postérieure ou la colpopérinéorrhaphie, quelquefois avec

amputation préalable du col. Ils recommandent aussi le curettage utérin comme temps préliminaire.

Quels seront les résultats fournis par l'hystéropexie vaginale ainsi modifiée? On ne peut encore rien affirmer. Elle a été pratiquée sur deux malades de M. Le Dentu, et jusqu'à présent, l'utérus est resté dans la situation donnée par le chirurgien, mais, la date de l'intervention est encore trop récente pour qu'on soit autorisé à tirer des conclusions de ces deux cas. R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances de janvier, février, mars et avril 1894.

Présentations. — FOURNEL. — **Nouveau modèle de forceps** destiné, dans l'idée de l'auteur (Dr Pénoyer), à faciliter l'extraction de la tête fœtale au détroit supérieur.

OLIVIER, au nom de M. Pichevin, **deux nouveaux dilatateurs utérins.**

GUÉNIOT, **un instrument destiné à faciliter le tamponnement du vagin** et à le rendre indolore. L'instrument n'est qu'une sorte d'abaisse-langue, mais à valve longue et étroite. Il sert à relever la paroi antérieure du vagin pendant que l'opérateur abaisse la paroi postérieure, ce qui agrandit suffisamment l'orifice vaginal pour permettre l'introduction facile des tampons.

LOVIOT. — **Vomissements incoercibles de la grossesse apparaissant un mois et demi après la cessation des règles, une semaine après les vomissements simples. Ictère dès le début des vomissements simples et pendant toute la durée des vomissements graves. Accumulation de matières stercorales simulant une tumeur des annexes gauches. Discordance entre le pouls et la température. Température se maintenant constamment à 36°,4 avec 140 pulsations, malgré la coexistence de l'ictère. Rétroflexion de l'utérus gravide, point de départ des réflexes stomacaux. Perte considérable de poids subie par la malade au moment de l'intervention. Avortement provoqué, réalisé en vingt-quatre heures. Excellent résultat obtenu par le lavage de l'estomac après l'intervention.**

Discussion. — GUÉNIOT, sans vouloir critiquer réellement la

conduite suivie dans ce cas, pense néanmoins que, d'une façon générale, il ne faut pas recourir trop facilement à l'avortement. Peut-être la réduction, même forcée, de la matrice, eût-elle transformé les vomissements incoercibles en vomissements simples, et sauvé la grossesse, ce qui est le but de l'accoucheur. Par contre, CHARPENTIER pense que M. Loviot est plutôt intervenu trop tardivement. Quand il y a amaigrissement accusé, par exemple perte de poids quotidienne variant de 400 à 500 gr., et surtout si l'on constate la dissociation du pouls et de la température, il faut, au plus tôt, interrompre la grossesse, car la situation est très grave. Pour avoir temporisé quelques heures, il a vu succomber une jeune femme.

BONNAIRE. — **Hydrocéphalie et oligo-amnios. Malformations du squelette d'origine mécanique. Bassin pseudo-scoliotique.**

Au point de vue clinique, à noter les difficultés diagnostiques en raison de l'élévation de la tête et de la tension des parois abdominales, conditions qui rendirent négatifs les résultats du toucher et de la palpation. Le diagnostic ne put être fait qu'après la dilatation complète et la rupture des membranes. D'autre part, l'accouchement traînant en longueur malgré des contractions énergiques, une ponction de la tête fœtale fut faite avec l'aspirateur Potain, ponction qui donna issue à environ 500 gr. de liquide et qui, une demi-heure plus tard, fut suivie de l'expulsion de l'enfant, lequel vécut encore une vingtaine d'heures.

L'auteur fait suivre l'observation clinique de la description complète des malformations ou déformations fœtales constatées.

CHAPUT. **Hystérectomie vagino-abdominale avec suture hermétique du péritoine** (hystérectomie vagino-abdominale fermée). — Cette communication complète une communication antérieure (1) dans laquelle l'auteur recommandait déjà l'hystérectomie vagino-abdominale contre les fibromes moyens. Or, depuis, il a étendu cette opération à tous les cas justiciables de l'hystérectomie totale, et de plus, il a ajouté à la technique opératoire un complément, très important à son avis, savoir : *la suture complète de la plaie péritonéale par l'abdomen*, qui donnerait de grandes garanties contre l'hémorrhagie et la septicémie. (Suit la descrip-

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, juillet 1893, p. 69.

tion minutieuse du procédé opératoire, avec la description d'un instrument spécial que l'auteur a imaginé pour faciliter le passage des fils dans l'exécution de la suture de la plaie péritonéale.)

Résultats. — 12 opérations, 12 succès : 2 fibromyômes, 9 salpingites, 1 kyste suppuré de l'ovaire. D'après l'expérience acquise, l'auteur juge le procédé brillant et sûr.

Discussion. — Fraisse rappelle, ce que du reste M. Chaput avait noté dans sa première communication, que l'opération n'est pas nouvelle ; qu'elle a été pratiquée par plusieurs chirurgiens allemands (Gusserow, Martin, etc.). PETIT fait remarquer qu'il n'y a pas longtemps son collègue préconisait le drainage, pour ne pas enfermer le loup dans la bergerie. CHAPUT déclare qu'il y a renoncé en raison des soins consécutifs minutieux que le drainage exige.

FRAISSE lit un mémoire sur une **première série de 100 laparotomies** (1).

BONNET (S.). **Vomissements incoercibles arrêtés par la dilatation prolongée sans menaces d'avortement.** — X..., 22 ans, a eu deux grossesses antérieures, la première arrêtée à terme, la seconde interrompue à 4 mois pour vomissements incoercibles. Survient une troisième grossesse, qui se complique dès les premiers jours de vomissements incoercibles. Amaigrissement rapide, perte des forces, fièvre. — En présence d'un état général aussi grave, il fut résolu de provoquer l'avortement. Et, dans ce but, on procéda à la dilatation avec des tiges de laminaire, longues de 6 centim., toutes précautions antiseptiques étant prises. Or, une première tige de laminaire ayant été introduite, les vomissements s'arrêtèrent pour ne reparaître qu'après suppression de la tige. On procéda successivement quatre à cinq fois à la dilatation avec des tiges de laminaire de plus en plus nombreuses (jusqu'à cinq tiges qui restèrent en place trois jours), et, chaque fois, les vomissements cessèrent. Du reste, ils ne se reproduisirent plus à partir du neuvième jour, depuis le début de la dilatation. Jamais il n'y eut de contractions utérines du fait de la présence de la laminaire. La santé général se remit complètement et la femme accoucha à *terme* d'un enfant vivant et parfaitement constitué.

(1) On trouvera le détail de tous ces mémoires dans les *Bullet. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, nº 1, 1894.

Budin offre, au nom du Dr La Torre, trois brochures : 1° **Notes cliniques sur le phlegmon du ligament large** ; 2° **Une contribution à l'étiologie et au traitement des vomissements incoercibles de la grossesse** ; 3° **De l'étiologie et du traitement de l'ostéomalacie à un nouveau point de vue.**

Fraisse. **Tumeur abdominale opérée consécutivement à une première oophorectomie ; guérison.** — X..., 28 ans, IIpare, subit une première laparotomie qui a pour but de supprimer des accidents abdominaux, ayant amené une déchéance profonde de la santé générale et liés à un pyosalpinx bilatéral. Les trompes, qui étaient, en effet, le siège de collections tubaires volumineuses et suppurées, une fois enlevées, l'état général s'améliora rapidement. Mais, environ deux mois après, d'autres douleurs abdominales apparaissent, des troubles généraux s'accusent, et à un nouvel examen, on constate : au-dessous du foie, une tumeur volumineuse, dure, globuleuse, légèrement mobile dans le sens transversal, immobile de haut en bas, et demi-sonore ; tumeur développée aux dépens du rein droit, pense-t-on. Nouvelle laparotomie. Le ventre ouvert, on constate que la tumeur a contracté des adhérences avec plusieurs anses intestinales, ce qui explique sa demi-sonorité, et qui dérive du mésentère. Énucléation difficile en raison des adhérences, et extirpation, semble-t-il, complète qui nécessite sur certains points la section du mésentère, ce qui fait que l'intestin, sur une certaine étendue, se trouve privé de ses moyens naturels de vascularisation. Il s'agissait donc d'une tumeur du mésentère, dont la vraie nature ne peut être nettement établie que par l'étude histologique, mais qui paraît *a priori* contenir des éléments sarcomateux. Or, contre toute attente, les suites opératoires ont été extrêmement heureuses ; la santé générale s'est remise et l'examen abdominal ne donne que des résultats négatifs, plus traces de tumeur. Mais, *a*) peut-on craindre une récidive ; *b*) quel va être le sort des portions de l'intestin privées de leurs moyens naturels de nutrition ?

Discussion : Chaput pense que l'intestin a pu contracter des adhérences avec l'épiploon, par exemple, et qu'il s'est produit des anastomoses vasculaires suffisantes pour assurer la nutrition. Relativement aux craintes d'une récidive, c'est l'étude histologique qui permettra de se prononcer.

PORAK, au nom de Treub, lit l'observation suivante : **Grossesse interstitielle tubo-utérine. Laparotomie trois semaines environ avant l'époque du terme. Fœtus libre dans la cavité péritonéale. Amputation supra-vaginale de l'utérus. Mort de l'enfant quelques jours après l'opération. Mère guérie.**

BOISSARD. **Nouvelle technique pour provoquer l'accouchement prématuré.** — Chez les primipares nous employons le procédé suivant :

L'instrumentation se compose d'un tube creux en aluminium du poids de quelques grammes et d'une longueur de 25 centim. ; ce tube va en s'effilant à son extrémité qui est taillée en bec de flûte ; c'est la portion qui sera introduite dans la cavité utérine ; sa circonférence extérieure est de 2 centimètres et demi, ce qui permet aisément son introduction ; elle est légèrement courbe et porte une sorte d'anneau de jonc à une distance de 6 centim. qui donne la mesure de l'introduction du tube dans le canal cervical ; lorsque en effet, cette ligne de démarcation est en rapport avec l'orifice externe du col, la portion taillée en bec de flûte est dans la cavité utérine ; dans ce *tube creux conducteur*, on loge un tube de caoutchouc terminé par une extrémité ampullaire de forme ovoïde ; c'est la portion renflée *et amincie* du tube, ce qui veut dire éminemment dilatable.

Pour se servir de l'appareil, on introduit le tube de caoutchouc *vaseliné* dans le tube creux en aluminium de façon à ce que l'extrémité ampullaire en caoutchouc rentre et pénètre dans la portion taillée en bec de flûte, tout en dépassant ses bords de quelques millimètres ; ceci fait, saisissant de la main gauche ce tube en aluminium ainsi monté et chargé, on le conduit sur l'index de la main droite introduite dans le vagin et en rapport avec l'orifice du museau de tanche ; on fait alors pénétrer doucement la portion en bec de flûte dans le canal cervical jusqu'à ce que la ligne de démarcation arrive au niveau de l'orifice externe ; non seulement chez toutes les primipares nous avons pu introduire notre tube dans le canal cervical, mais chez aucune d'elles, nous n'avons rencontré de difficultés ou produit d'accident, à part un cas de rupture des membranes, qui, on le sait, peut arriver avec n'importe quel instrument.

Ceci fait, on injecte dans le tube de caoutchouc, au moyen

d'une seringue, du liquide; sous l'influence de l'injection, on voit alors le phénomène suivant se produire : la poche de caoutchouc aplatie et contenue dans la portion taillée en bec de flûte du tube d'aluminium, *tend à sortir en se dilatant* : cette portion de caoutchouc, moins résistante et mince, cherche, sous l'influence de la pression du liquide, à se déloger, et va être en quelque sorte *luxée, énucléée ;* bientôt, en effet, trouvant la moindre résistance du côté de la cavité utérine, elle *sort dilatée* du tube, et se trouve placée d'elle-même au-dessus de l'orifice interne ; on retire alors le tube d'aluminium, et le ballon *gonflé reste en place ;* l'opération est terminée, et cela *sans ficelle*, comme dans l'appareil du professeur Tarnier. Notre appareil est tout de suite prêt, tout de suite monté.

Les ballons que nous employons étant capables de supporter une forte distension, nous injectons 170 gr. de liquide, ce qui leur donne le volume d'une orange de moyenne grosseur; la circonférence de notre ballon ainsi distendu mesure 20 centim., soit un diamètre de 7 centim., la grandeur d'une petite paume de main ; on comprend que, dans ces conditions, lorsque le ballon tombe dans le vagin, le travail continue.

Pourtant si, pour une cause ou pour une autre, le travail se ralentissait, ou s'il survenait une indication d'aller plus vite, on pourrait, comme nous l'avons fait plusieurs fois, faire succéder à l'emploi du premier ballon, un ballon d'un autre modèle, en tissu de caoutchouc inextensible et plus volumineux; c'est, pour le dire en passant, le ballon que nous employons de préférence chez les multipares, où son introduction est toujours possible.

Ce second ballon en caoutchouc inextensible mesure à sa grande circonférence 32 centim.; son diamètre est de 10 centim., de sorte qu'après son expulsion il est possible de terminer l'accouchement ; plié, allongé et maintenu dans les mors de la pince au moment de son introduction, ses dimensions les plus grandes ne mesurent que 6 centimètres de circonférence.

Les caractères qui distinguent surtout notre ballon sont sa *forme* et son volume : il est, en effet, *plat*, excavé sur sa surface supérieure qui représente assez bien un *fond d'artichaut* : sa capacité est d'environ 230 gr. ; grâce à un système d'attache au fond du ballon, sa forme excavée est conservée pendant tout le

temps de son séjour dans la cavité utérine; par sa forme aplatie, nous éloignons toute chance de procidence, et surtout nous ne nous exposons pas à déplacer et à chasser la partie fœtale qui se présente.

Résultats.— L'auteur est intervenu dans douze cas. La mortalité maternelle a été nulle. Sur les 12 enfants, on en a eu 11 vivants. Comparant les résultats obtenus avec les divers procédés, au point de vue de la mortalité infantile, Boissard donne le tableau suivant :

Mortalité infantile :

Avec le ballon du Dr Champetier...	62 0/0	(33 cas)
— sonde de Krause.....	37 0/0	(118 cas)
— ballon de Tarnier..........	18 0/0	(44 cas)
— ballons du Dr Boissard.....	8 0/0	(12 cas)

Durée de l'accouchement avec la méthode de l'auteur. — En général, durée moyenne 9-10 heures. Chez les primipares, la durée varie suivant que l'on emploie exclusivement le petit ballon ou qu'on fait suivre son application de celle du ballon à fond d'artichaut. Dans le premier cas, durée moyenne 12-15 heures ; dans la seconde éventualité, impossible de préciser la durée parce que, après l'expulsion du second ballon, on a procédé à la terminaison artificielle de l'accouchement.

PICHEVIN.— **Hygiène et prophylaxie des affections utérines et périutérines** (1).

NARICH.— **Explication des causes mécaniques qui font que dans les rétrécissements antéro-postérieurs les applications du forceps d'avant en arrière échouent, tandis que les applications obliques réussissent.**

BEUGNIES-CORBEAU. Cas de **symphyse utéro-placentaire. Délivrance artificielle au bout de 48 heures. Tractions et irrigations continues. Guérison.** — Dans le cas qui fait la base de cette communication, l'auteur fut appelé à traiter une rétention du délivre, après que la sage-femme avait déjà, par imprudence et maladresse, cassé le cordon. Des symptômes de septicémie s'étant montrés, il fallut procéder radicalement à l'extraction du placenta. On fit le curettage, qui fut laborieux et périlleux, parce que le placenta

(1) In *Bullet. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 2, 1894, p. 56.

adhérait fortement à la région correspondante de l'utérus et que celle-ci était très amincie des suites d'une métrite atrophique antérieure. Grâce au curettage et à la désinfection intra-utérine (solution de crésyl), la septicémie fut enrayée et la femme quittait le lit trois semaines environ après l'accouchement.

D'une manière générale, l'auteur conseille contre ces rétentions du délivre : 1) la traction continue, réalisée au moyen d'un poids (1 kilog.) attaché au cordon. Cette traction aurait pour résultat : le réveil énergique de la contractilité utérine, le détachement régulier et insensible du placenta par fatigue du muscle, la béance du col ; 2) l'irrigation continue.

OLIVIER présente une **pince porte-aiguilles à doubles mors**.

PAQUY. **État de mal épileptique pendant la grossesse et ayant provoqué l'accouchement.** — On apporta à l'hôpital une femme IIpare, dont la grossesse était assez avancée. Elle présentait : une paralysie du côté droit, une diminution de la sensibilité de ce même côté, une paralysie faciale homologue et de l'aphasie. L'examen obstétrical permit de constater une O. I. G. A. typique, enfant vivant. Il n'y avait pas de début de travail. Avant l'admission à l'hôpital, la femme avait eu plusieurs accès convulsifs, et après son entrée, les accès se reproduisirent. De quoi s'agissait-il ? D'éclampsie ou d'épilepsie ? Or, l'examen des urines décela à peine des traces d'albumine, et, d'autre part, la recherche des antécédents démontra que la malade était sujette depuis longtemps aux accès épileptiques. Le diagnostic fut en conséquence établi. Peu après l'entrée à l'hôpital, les accès s'étant répétés, le travail se déclara et se termina, au bout de quelques heures, par la naissance d'un enfant vivant, du poids de 1,950 gr., qui mourut le lendemain. Dans les jours qui suivirent l'accouchement, les accès se renouvelèrent, fréquents, en sorte que, en quinze jours, il y en eut 119, et cela malgré l'administration, à fortes doses, de bromure de potassium. Cinq jours après l'accouchement, les accès convulsifs disparurent et, dix-sept jours après l'accouchement, la femme, très améliorée de son hémiplégie, pouvait quitter l'hôpital.

BAILLET. **Amnésie post-éclamptique** — Sauf l'amnésie, rien de bien spécial à noter.

Il s'agit en somme d'une femme qui, au cours du huitième mois

de la grossesse, présenta d'abord les phénomènes prodromiques de l'éclampsie : œdème, troubles de la vue, céphalée, etc., que suivirent de près les accès convulsifs. Apportée à l'hôpital, étant dans le coma, elle eut de très nombreuses crises et accoucha sans que l'accouchement ait amené la cessation des convulsions. La quantité des urines recueillie ce jour-là était seulement de 500 gr. avec 16 gr. d'albumine. Les accidents éclamptiques se renouvelèrent durant quelques jours, mais, peu à peu, avec le temps, et sous l'influence du régime lacté absolu, la situation s'améliora de plus en plus : quinze jours après l'accouchement, les crises avaient complètement cessé, et les urines étaient redevenues normales. Mais, ce qui restait, et qui fait l'intérêt capital de cette observation, c'est une amnésie portant sur tout ce qui concernait l'année de la grossesse et de l'accouchement. Au contraire, la femme se souvenait parfaitement des événements antérieurs à cette année aussi bien que de ceux qui suivirent la date de la cessation des accès et de la disparition de l'albumine des urines.

LOVIOT. **Érythèmes scarlatiniformes desquamatifs, généralisés, à répétition d'origine puerpérale.** — Ces déterminations cutanées furent observées chez une femme, à laquelle l'auteur avait pratiqué, avec succès, le curettage contre des accidents septicémiques à point de départ utérin et consécutifs à un accouchement. Ils se manifestèrent, à plusieurs reprises, durant l'année qui suivit cet accouchement, et pour la première fois, à une époque où déjà, depuis assez longtemps, on avait cessé les injections mercurielles. Ces accidents consistèrent en « *érythèmes scarlatiniformes généralisés, précédés de prurit, s'accompagnant de fièvre, de troubles digestifs et de malaise général dans les trois ou quatre premiers jours qui suivaient l'éruption et se terminant par une desquamation lamelliforme d'abord et furfuracée ensuite* ». — Cette éruption, pense Loviot, serait la conséquence de l'élimination par le tégument externe des produits septiques pénétrés déjà dans l'organisme avant le curettage.

LOVIOT. **Céphalématome** apparu chez un nouveau-né, deux jours après la naissance. Il avait fallu, pour cause d'inertie utérine, appliquer le forceps.

Discussion : CHARPENTIER et GUÉNIOT pensent que les céphalématomes guérissent spontanément. D'autre part, Charpentier

ne voit aucune relation étiologique entre le céphalématome et le forceps. Le céphalématome est sous la dépendance d'une lésion osseuse primitive.

MACÉ relate un cas de **galactophorite chez la mère et le nouveau-né**, observé dans le service de M. Maygrier, à la Pitié.

Dès les premières tentatives d'allaitement, le sein droit, malgré les précautions antiseptiques prises, devint le siège de crevasses. De plus, des traînées de lymphangite apparurent et plusieurs nodules de la glande s'engorgèrent. L'expression faite avec prudence sur les nodules engorgés ne mit pas en évidence la présence du pus dans le lait, mais la malade prétendit l'avoir constatée et un examen microscopique la démontra. On s'attendait à une suppuration du sein. De fait, bien que tardivement, elle se manifesta sous la forme d'un abcès mammaire. Peut-être la complication de la galactophorite par de la lymphangite serait-elle une contre-indication à la méthode d'expression préconisée contre la galactophorite simple?

Mais, le détail le plus curieux, c'est que l'enfant, mis au sein droit malgré la défense formelle, présenta lui aussi, deux jours après, une galactophorite, qui, heureusement, céda au même traitement : expression et application de sublimé. Quelle a été la pathogénie de la galactophorite chez l'enfant? Bien que l'origine de la galactophorite par l'action d'éléments septiques contenus dans le lait ingéré soit possible (expériences de Karlinski), l'auteur croit que, dans le cas actuel, il s'est agi d'une infection par contact.

MAYGRIER. **Perforation symétrique des petites lèvres pendant l'accouchement.** — Dans ce cas, la complication observée fut facilitée par deux circonstances: 1° le développement très anormal des petites lèvres; 2° la vigueur des contractions expulsives. Durant les dernières douleurs, les nymphes, anormalement développées, devenaient très distendues sur la tête fœtale. L'accouchement terminé, et après arrêt de l'hémorrhagie au moyen de lavages avec une solution chaude de sublimé, on constata que les petites lèvres étaient le siège de plusieurs déchirures superficielles, en forme de fissures, et que, vers leur quart supérieur, en des points à peu près symétriques, elles présentaient, chacune, une perforation, transversalement dirigée, et séparée aussi bien de l'orifice

vaginal que du bord libre des petites lèvres par une zone de tissu sain. Pour expliquer la production de ces lésions, on a invoqué la surdistension des nymphes (Secheyron) ou la prolongation d'une déchirure partie de l'orifice vaginal (Budin). Deux conditions rendent difficile la réparation de ces pertes de substance : *a*) la fragilité; *b*) l'élasticité des tissus. Dans le cas actuel, l'application de serres-fines ne fournit qu'un résultat incomplet.

DUMONT. **Contribution à l'étude des rétentions placentaires dans l'avortement. Deux cas de septicémie grave traités par le curettage. Guérison.** — Travail intéressant qu'en raison de son étendue nous ne pouvons suffisamment présenter ici (1).

BOUSQUET. **Cas de grossesse quadruple.** — Le fait es tintéressant à cause de sa grande rareté. Il s'agit, au résumé, d'une femme de 24 ans, Ipare, mariée depuis environ 8 mois, et enceinte depuis le même temps, qui fut prise, prématurément, de travail pendant un voyage en chemin de fer. L'auteur, dès son premier examen, put diagnostiquer, en raison de la différence de rapidité des doubles battements fœtaux, la présence de trois enfants. Il y en avait quatre ! le premier venu en O. I. D. P. fut extrait avec le forceps. Des trois autres, deux vinrent en présentation du siège, l'autre en présentation du sommet G. A. Délivrance naturelle. Quatre placentas réunis par leurs bords; les membranes ont paru ne former qu'une seule poche. Les quatre enfants étaient vivants et assez vigoureux pour espérer qu'ils pourront s'élever.

POITOU-DUPLESSY. **Observation d'un cas d'adhérence anormale du placenta compliqué d'hémorrhagie.** — L'auteur s'est trouvé en présence d'un cas de pratique très intéressant, redoutable, et au sujet duquel le praticien devrait être bien renseigné sur la meilleure conduite à suivre s'il était possible de formuler une règle unique pour tous les cas semblables. Une jeune femme accouche naturellement à terme, mais la délivrance ne se fait pas. La sage-femme qui assiste la parturiente, après de prudentes tractions, requiert l'aide d'un médecin. Dans l'intervalle, survient une hémorrhagie formidable qui, en quelques instants, met la femme dans le plus grand danger. Quand l'auteur arrive, il constate tous

(1) Voir *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 3, 1894, p. 105.

les signes de grande hémorrhagie : état syncopal, décoloration des muqueuses, du tégument. Par le toucher, il reconnaît que le délivre est en partie engagé dans le vagin. Aussi, en raison de l'imminence du danger et après réalisation des précautions antiseptiques, tente-t-il d'abord l'extraction manuelle du délivre. Au cours de cette manœuvre, il remarque que l'orifice interne est fortement contracté sur la portion décollée du délivre et, a priori, il suppose que la raison de la non délivrance est toute dans cette circonstance. Mais, la main étant introduite dans l'utérus, il arrive bien vite à la conviction qu'il s'agit d'une adhérence anormale de l'arrière-faix dont il entreprend le décollement, Mais, à un certain moment, il trouve que l'adhérence est tellement intime, qu'il redoute de produire une perforation utérine en continuant l'extraction manuelle. Pour cette raison, et parce que l'hémorrhagie paraît arrêtée, il retire la main, la délivrance non achevée. Puis, il emploie tous les moyens capables de favoriser, sans danger, le décollement (pas d'ergot). Peine inutile, plusieurs heures s'écoulent, une nouvelle hémorrhagie survient et il faut décidément revenir à la tentative d'extraction manuelle qui réussit cette fois, si ce n'est qu'il faut laisser en place une toute petite portion placentaire trop adhérente.

Irrigation intra-utérine au sublimé suivie d'une irrigation boriquée, celle-ci surtout destinée à entraîner le sublimé qui pourrait produire une intoxication. Suites de couches excellentes ; rétablissement parfait de la santé.

Discussion. — Maygrier eût été pour une tentative complète d'extraction manuelle dès le début de l'intervention. Guéniot considère ces cas comme très graves et en cite plusieurs terminés par la mort. Porak se basant sur plusieurs cas de pratique fort instructifs, se déclare pour un traitement actif : « dans l'accouchement, qu'il soit à terme ou prématuré, qu'il y ait ou non hémorrhagie, que le placenta soit réellement adhérent ou seulement non détaché, on doit recourir à la délivrance artificielle et craindre en attendant trop longtemps que le col ne se referme, et rende l'introduction de la main impossible ».

Charpentier. — La conduite ne peut être unique. Mais, il est un principe général, « toutes les fois que le placenta est retenu par des adhérences, il y a avantage à ne pas attendre et à essayer de suite la délivrance ». Un danger, la délivrance peut rester

incomplète, d'où hémorrhagie possible. Dans un cas, il la prévint par un tamponnement intra et extra-utérin à la gaze iodoformée.

BUDIN.— Quand il y a adhérence étendue, les accidents à craindre sont : la rétraction du col, l'hémorrhagie, la septicémie. Le mieux serait de faire de suite, sans hésitation, la délivrance artificielle ; enlever le plus possible de tissu placentaire : « pétrir les tissus entre le pouce, l'index et le médius ; on effrite, on détache ainsi les tissus des villosités par parcelles, jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme, beaucoup plus résistante.

TOUVENAINT relate un cas de **fièvre typhoïde ataxo-adynamique survenant au septième mois de la grossesse. Accouchement prématuré. Mort de la mère trois jours après. Survie du fœtus**.

LEGRY et DUBRISAY. **Infection à streptocoques du fœtus par contamination buccale.** — Le fait intéressant dont il s'agit se résume ainsi : apparition dès le début de la grossesse d'une vaginite intense à streptocoques ; rupture prématurée des membranes ; accouchement spontané 40 heures après cette rupture, le travail n'ayant duré que 2 heures et demie ; mort de l'enfant 11 heures après sa naissance, et à l'autopsie pleurésie à streptocoque avec noyaux d'hépatisation pulmonaire contenant le même micro-organisme. Or, analysant les circonstances multiples dans lesquelles est survenu le processus infectieux qui a tué le fœtus, les auteurs pensent que la seule étiologie admissible est la suivante : contamination du liquide amniotique par les germes du pus vaginal, et, par l'intermédiaire du liquide amniotique contaminé, propagation de l'infection aux voies respiratoires.

Discussion : GUÉNIOT, MAYGRIER estiment que ces faits nécessitent encore des recherches au sujet de la pathogénie. BUDIN a pensé que l'enfant, souffrant, l'infection des voies aériennes se produisait à la suite de mouvements d'inspiration, hypothèse dont Guéniot reconnaît la valeur. Enfin, MAYGRIER fait remarquer que la rupture prématurée des membranes impose une antisepsie très sévère.

OLIVIER relate un cas d'**hémophilie chez une jeune fille de 13 ans, réglée pour la première fois.** — L'hémophilie se manifesta à plusieurs occasions (extraction de dents, contusions, etc.), mais, cette

fois, c'est à l'époque de la première menstruation et d'une façon grave. L'hémorrhagie est des plus abondantes, et voici le traitement qui a été conseillé : 1° faire des injections vaginales à 50° de deux heures en deux heures; 2° si l'écoulement persiste, faire une galvano-caustique intra-utérine à 50 milliampères suivie d'un tamponnement ; 3° traitement général des hémorrhagies ; 4° toutes les heures une dragée d'hydrastinine de Houdé.

Mais, pour l'avenir, quel parti prendre ? La castration est-elle indiquée ?

Discussion : GUÉNIOT conseille les tamponnements antiseptiques combinés avec les injections chaudes, et le traitement interne par les acides. PORAK insiste sur l'emploi de l'hydrastinine en injections hypodermiques. PETIT a vu pratiquer la castration chez une hémophilique par un chirurgien habile ; l'opérée mourut quelques heures après. Peut-être pourrait-on, dans le cas actuel, faire, suivant le procédé de Martin, la ligature des artères utérines ? Comme médicament, il conseille l'extrait fluide d'hydrastis à dose faible mais continue ; 20 *gouttes* par jour dans les 10-12 jours avant l'époque. Selon FRAISSE, le seul procédé à essayer serait la suture du col d'après Emmet.

R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances du 18 *avril et du* 30 *mai* 1894.

M. BOUILLY. **Métrite et prolapsus utérin.** — Un certain nombre de métrites sont indolentes, telles l'endométrite cervicale glandulaire, certaines endométrites hémorrhagiques ; d'autres, au contraire, s'accompagnent de phénomènes douloureux, la métrite du col consécutive aux déchirures, la métrite parenchymateuse cervicale ou totale. Les troubles douloureux sont portés à leur maximum lorsque ces dernières lésions sont associées à une déchirure du périnée. Les malades sont alors incapables de rester longtemps debout, elles se fatiguent immédiatement, tout en étant soulagées par quelques heures de position horizontale. Dans ces cas, qui répondent à une affection complexe (métrite parenchymateuse cervicale quelquefois totale, prolapsus utérin plus ou moins prononcé, affaiblissement périnéo-vaginal) il faut combiner les traitements, faire un curettage, une amputation plus ou moins étendue

du col et une restauration du col, enfin restaurer la statique pelvienne, c'est ce que j'appelle « faire un complet ».

M. Pozzi. — L'ensemble symptomatique, dont vient de nous parler M. Boully, est bien connu de tous les gynécologistes et il faut pour le guérir recourir en effet à un ensemble d'opérations. Le curettage et l'amputation du col sont les éléments principaux de ce traitement; ils guérissent les malades, mais pour que la guérison persiste, pour que la réinfection n'ait pas lieu il faut restaurer le périnée et supprimer la béance de la vulve.

Hartmann et Morax. — **Bactériologie des suppurations péri-utérines** (1).

M. Terrier. — J'ai l'honneur de vous présenter un rapport sur un mémoire que nous ont apporté MM. Hartmann et Morax, en mars dernier. Toute une partie de ce mémoire ayant trait uniquement à des constatations, non sujettes à discussion, je me contenterai de vous donner lecture de ces documents (*Presse médicale*, 17 mars 1894).

Avec MM. Hartmann et Morax, je crois qu'en pratique il ne faut pas suivre les errements de certains chirurgiens allemands. Comme eux, je pense que l'on ne peut décider de la conduite à tenir d'après le résultat donné par un examen rapide d'une goutte de pus recueillie au début de l'opération. Les résultats obtenus, en suivant cette pratique, par MM. Schauta et Wertheim sont du reste très inférieurs à ceux que nous obtenons ici. Sur 70 cœliotomies pratiquées pour salpingite à l'hôpital Bichat, depuis le 1er janvier 1893 jusqu'au jour de la communication de ce mémoire, soit par M. Hartmann, soit par moi, il n'y a eu qu'une mort. Avec MM. Hartmann et Morax j'accorde une grande importance au drainage et, comme eux, je crois que lorsque le pus est stérile, on peut presque immédiatement retirer le drain.

M. Quénu. — Depuis la communication faite par MM. Hartmann et Morax, j'ai fait examiner au laboratoire de Clamart le contenu des annexes que j'ai extirpées. Dans un kyste sanguin de l'ovaire, dans 2 kystes hématiques de la trompe et dans 3 abcès, le contenu a été stérile; dans un 4e abcès, il y avait des staphylocoques. Conformément à la pratique conseillée par M. Hartmann, j'enlève presque immédiatement le drain quand le liquide est stérile.

---

(1) Voir p. 1.

Sur 40 opérations pour salpingites, presque toutes suppurées, j'ai eu une seule mort. Il s'agissait d'une jeune fille de 27 ans qui, à l'âge de dix-huit ans, avait commencé à souffrir du ventre. Le 9 mars dernier, j'enlevai des trompes bosselées, contenant des amas caséeux qui me firent penser à la tuberculose. Après avoir été très bien pendant deux jours, elle fut, au matin du troisième, prise d'une gêne respiratoire qui alla croissant ; elle succomba le soir avec de la fièvre, 39°,2, des crachats sanglants et une anhélation extrême. MM. Metschnikoff et Borel trouvèrent dans les parois de la trompe et dans les poumons de grosses cellules granuleuses renfermant des corps ovalaires, pigmentés qui avaient tous les caractères des hématozoaires. Je crois qu'il sera intéressant d'examiner à ce point de vue les salpingites que l'on opérera afin de voir s'il n'y aura pas des cas analogues.

M. Championnière. — Ces diverses recherches sont intéressantes mais plus théoriques que pratiques. Quelles que fussent les lésions, j'ai, dans mes laparotomies, toujours refermé le ventre et je n'ai que 2 1/2 p. 100 de mortalité sur 260 cas. J'ajouterai même que les opérations pour suppuration sont celles qui me donnent les meilleurs résultats tant immédiats qu'ultérieurs.

M. Terrier. — Je ne partage pas l'opinion de M. Championnière. On trouve des cas où existe une fusion intime entre les annexes enflammées et l'intestin, où la paroi de celui-ci est déjà altérée, où tout fait présumer un suintement abondant. Je n'ose pas ne pas mettre un drain dans ces cas.

M. Segond. — A l'appui du drainage, je dirai que quelquefois on peut ne pas crever complètement l'intestin, mais le déchirer en partie, que le drain constitue, en pareil cas, une sauvegarde. Je puis citer trois femmes qui ont rendu pendant plusieurs mois des matières fécales par leur drain et qui, certainement, seraient mortes sans lui.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. (*Injections intra-utérines de glycérine.*)

Des dangers des injections de glycérine pour la provocation de l'accouchement prématuré. (Ueber die Gefährlichkeit der intra-

uterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt), J. PFANNENSTIEL. *Cent. f. Gyn.*, n° 4, 1894, p. 81.

Communication nouvelle sur les injections intra-utérines de glycérine, etc. (Weitere Mittheilungen über die intra-uterinen Injektion von Glycerin, etc.), PELZER. *Cent. f. Gyn.*, n° 15, p. 348.

Sur le danger des injections intra-utérines de glycérine pour la provocation de l'accouchement prématuré. (Nochmals über die Gefährlichkeit der intra-uterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt), J. PFANNENSTIEL. *Cent. f. Gyn.*, n° 16, 1894, p. 3.

Il y a environ deux ans, Pelzer, assistant de Frank, à la clinique de Cologne, publiait à l'instigation de ce dernier, un travail (1) sur les injections intra-utérines de glycérine pour la provocation de l'accouchement prématuré, ou plutôt sur la mise en jeu des contractions utérines par ce moyen. Car, dans ce premier travail, Pelzer relatait non seulement trois cas de provocation de l'accouchement prématuré, mais aussi trois cas de mise en jeu de l'activité utérine chez des femmes *à terme*. Consécutivement à cette publication, plusieurs accoucheurs expérimentèrent la méthode et elle fut jugée favorablement par un certain nombre d'entre eux.

***

C'est contre ce procédé que se prononce radicalement Pfannenstiel. Mais, il faut l'avouer, sa critique repose seulement sur deux cas. Encore l'un d'eux est-il, de son propre aveu, peu concluant. Car, au moment même de l'intervention, la femme était dans un état très grave, quasi désespéré. Néanmoins, comme dans les deux cas, il fut fait des constatations assez intéressantes, les voici :

1) X..., Ipare, 22 ans, est admise à la clinique pour une néphrite grave. Trois semaines auparavant, la jambe gauche s'était enflée, bientôt après la droite, puis la face, le bras gauche. Simultanément, anorexie, céphalalgie, affaiblissement, et de plus en plus de la dyspnée.

Anémie profonde, nutrition défectueuse. Scolio-cyphose mais sans sténose pelvienne.

Léger degré de cyanose ; dyspnée intense, accélération de la respiration (44),

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLII, Hft. 2.

pouls petit (130-166), température 36°,5. Battements du cœur normaux mais un peu sourds.

Œdème accusé de la face, des extrémités inférieures, du membre supérieur gauche.

L'urine très albumineuse (8 % d'albumine, Esbach), contient des cylindres nombreux, des éléments épithéliaux, mais pas traces de globules rouges et seulement de rares globules blancs. Urines émises en vingt-quatre heures, 200 gr. environ.

Comme en dépit des moyens employés (bains chauds, diurétiques), dyspnée et faiblesse cardiaque augmentaient, on procéda à l'accouchement prématuré. De plus, le danger étant pressant, on songea à utiliser la *rapidité d'action signalée des injections de glycérine* entre l'œuf et la paroi de l'utérus. Il fut injecté, avec toutes précautions antiseptiques, et en se prémunissant le plus possible contre l'entrée de l'air, environ 80 gr. de glycérine pure.

L'opération fut assez mal supportée à cause de l'état grave dans lequel se trouvait la malade (dyspnée intense); il survint des menaces de collapsus contre lesquelles il fallut mettre en œuvre les injections d'éther, les stimulants divers, etc.

Bientôt il apparut que l'intervention était trop tardive. La dyspnée ne fit qu'empirer, le pouls devint de plus en plus petit et fréquent, et *les contractions utérines ne se produisirent pas.*

Les doubles battements fœtaux ayant disparu, on renonça à toute autre intervention et la femme succomba quelques heures après, non accouchée.

Autopsie. — Dans le péricarde, un peu de liquide clair, jaunâtre ; cœur petit.

Poumon gauche, peu volumineux ; hémorrhagies sous-pleurales, punctiformes. A la coupe, coloration rouge sombre. Parenchyme dur ; dans les bronches, liquide spumeux. Poumon droit, même état.

Rate légèrement grossie, ardoisée. Capsule épaissie sur certains points. Dépôts floconneux. Consistance pulpeuse. État congestif très marqué.

Rein droit, de grosseur à peu près normale, dur. Capsule se détachant difficilement. Surface granuleuse, de coloration assez sombre. A la coupe : vascularisation exagérée, substance médullaire très sombre, substance corticale plus claire. Dans la substance corticale, tractus rayonnés et glomérules hypertrophiés. Rein gauche, même état, avec une congestion plus accusée.

Dans la vessie une cuillerée à soupe d'urine sanguinolente, muqueuse vésicale assez rouge.

Dans le vagin, un tampon de gaze iodoformée. Au-dessus, petite quantité de liquide brun verdâtre. Musculeuse utérine forte ; dans l'utérus, un enfant à terme.

Placenta sur la face postérieure. *Les membranes, dans le segment inférieur, étaient décollées sur l'étendue environ d'une paume de main.* Au niveau, pas de liquide.

Foie : congestion et dégénérescence graisseuse légère.

Maladie cause de la mort : Néphrite.

2) IIIparc, 25 ans. Les 2 accouchements antérieurs terminés par la crâniotomie. Femme petite, rachitique. Conjugué diagonal, un peu plus de 10 centim. Tentatives de provocation de l'accouchement prématuré, 4 semaines environ avant le terme; introduction de trois bougies; aucun résultat. Le jour suivant, injections vaginales chaudes et bain à 30° ; application nouvelle de bougies. Résultat à peu près nul. Le septième jour environ après la première tentative, on se décide pour les injections de glycérine. De nouveau, avec les plus grandes précautions, on injecte environ 100 centim. cubes de glycérine concentrée. *Immédiatement se déclarent des contractions fortes, extrêmement douloureuses, mais bientôt les contractions cessent tandis que les phénomènes douloureux persistent.*

Une heure après l'injection la femme est légèrement hébétée et cyanosée; la température jusqu'alors normale s'élève à 39°; le pouls est en outre plus lent. De 84 à 92, les jours précédents, il est tombé à 68. Cet état persiste trois heures. Puis la température redevient normale (37°,4) ; le pouls reprend de la fréquence. Depuis, température et pouls sont restés normaux.

L'urine recueillie avec la sonde une heure après l'injection glycérinée est fortement sanguinolente (deux cuillerées à soupe). Toutes les deux heures, on pratique le cathétérisme. D'abord, l'urine reste identique; 10 heures après l'injection elle est plus claire, et 24 heures après elle est et reste normale.

L'urine sanguinolente contient beaucoup d'albumine. L'albumine survit 24 heures à la coloration sanglante de l'urine, puis disparaît définitivement.

Examen microscopique de l'urine sanguinolente : d'éléments morphologiques presque pas; seulement quelques fragments de cylindres hyalins, quelques corpuscules pourvus de substances colorantes du sang, pas de globules rouges.

L'analyse spectrale décèle la présence dans l'urine d'hémoglobine et de méthémoglobine

L'état général de la femme fut peu troublé. Quant à la terminaison de l'accouchement, elle fut obtenue, les injections glycérinées ayant échoué, au moyen de la colpeuryse du col combinée avec la traction.

Tels sont les deux faits observés par Pfannenstiel. Certes, il se garde d'attribuer la mort survenue dans le premier cas aux injections glycérinées, et c'est au plus s'il pense qu'elles ont pu précipiter le dénouement. De ce fait, ce qu'il retient surtout, parce que cette constatation a été faite dans le second cas, c'est la présence d'une certaine quantité d'urine, d'aspect sanguinolent, dans la vessie.

En ce qui concerne la seconde observation, il ne met pas en doute que la femme ait été sous le coup d'accidents toxiques,

directement causés par l'injection intra-utérine de glycérine. Au syndrome clinique : hébétude, cyanose, hyperthermie, ralentissement du pouls, coloration sanglante de l'urine, correspond, d'après l'auteur, un processus anatomique défini : adultération du sang, hémoglobinurie, irritation rénale (néphrite passagère), etc. Ces faits cliniques concorderaient d'ailleurs avec les résultats des expériences faites sur les animaux (chiens et lapins) par Afanassiew qui a constaté que l'hémoglobinurie provoquée par la glycérine peut produire la néphrite glomérulaire et, à la longue, la néphrite et l'hépatite interstitielles.

En résumé, de ces deux faits, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° *les injections de glycérine entre les membranes et les parois de l'utérus n'ont pas toujours le résultat désiré d'un accouchement rapide.*

2° *Mais le fait capital, suffisant pour condamner la méthode, c'est la constatation que les injections de glycérine peuvent entraîner des accidents réels d'intoxication.*

3° *Si, de plus, à la perspective de ces accidents, on ajoute les risques d'embolies d'air, il n'est personne qui voudra de nouveau recourir à cette méthode.*

***

A cette critique, Pelzer fait plusieurs objections. La première, c'est que cette condamnation absolue de la méthode de Frank ne repose que sur deux faits, dont l'un, de l'avis même de Pfannenstiel, n'a qu'une valeur relative. Puis, il examine point par point les observations relevées contre les injections intra-utérines de glycérine. L'analyse chimique de l'urine n'a démontré que des traces d'hémoglobine et de méthémoglobine. C'est donc que la glycérine n'a pas déterminé une dyscrasie sanguine bien notable. Quant à l'albuminurie passagère, que Pfannenstiel considère comme une conséquence très importante des injections glycérinées, parce que sans doute ce dernier la croit de nature à favoriser l'éclosion de l'éclampsie, c'est, pense-t-il, une crainte chimérique. Car, ajoute-t-il (à tort, croyons-nous) « dans la grande majorité des cas, quand l'éclampsie éclate, c'est chez des femmes atteintes de vieilles affections brightiques ». Quant à l'hyperthermie, il l'attribue non à un effet toxique, mais à une intoxication réflexe passagère du centre calorifique. D'autre part, il s'étonne d'autant

plus de l'inefficacité des injections de glycérine à la dose de 100 gr. que tous les expérimentateurs du procédé ont au contraire constaté la prompte action, trop prompte même, de la glycérine employée à cette dose.

Sa réplique est principalement fondée sur une série de 28 observations, dont 19 personnelles, qui, dans l'ensemble, ne peut au contraire que l'encourager à continuer l'emploi de la méthode inspirée par Frank. Toutefois, l'analyse critique des nouveaux faits l'ont conduit à modifier les propositions qu'il formulait il y a 2 ans. Il fait suivre, en effet, la relation succincte de ces 28 cas, des réflexions suivantes :

L'accouchement artificiel a été provoqué chez 18 femmes : sténose pelvienne, 15 fois ; placenta prævia avec hémorrhagie, 1 fois ; maladie de Bright, 2 fois. Dans 10 cas on provoqua les contractions utérines à *terme :* inertie utérine, 7 fois ; placenta prævia, 2 fois ; accidents généraux graves, 1 fois.

Chez aucune de ces femmes on n'observa ni urines sanguinolentes, ni albuminurie (exception faite naturellement, de 2 brightiques avec accès éclamptiques), ni accidents emboliques.

Action de la glycérine sur l'utérus. — Les contractions apparurent dans un intervalle moyen de 2 heures. Jusqu'à la dilatation complète, il s'écoula en moyenne de 8-10 heures ; mais cette période fut en général plus lente dans les cas de sténose pelvienne.

Mortalité. — 2 femmes mortes, tuées par des accès éclamptiques nombreux et violents, décès dans lesquels la glycérine n'a eu aucune part, contrairement à ce que suggère Pfannenstiel, qui lui attribuerait une action accélératrice eu égard au dénouement. Dans les 2 cas, enfant mort ou macéré. Des autres enfants, l'un dut être perforé par suite d'un développement extraordinaire ; 3 vinrent morts ; dans ces cas il y avait placenta prævia ou circulaires multiples du cordon. Dans un seul cas peut-être pourrait-on attribuer la mort de l'enfant à la glycérine en raison des contractions violentes qu'elle provoqua.

Quantité de glycérine à injecter. — Il y a deux ans, Pelzer conseillait d'injecter environ 100 cent. cubes de glycérine. Maintenant, il est d'avis que de plus petites doses suffisent ; qu'on obtient le même résultat par exemple en injectant successivement, par intervalles, des doses de 30-50 cent. cubes ; qu'il y a utilité même à procéder ainsi parce que la production de contractions trop

violentes peut, éventuellement, faire courir des risques à l'enfant.

Choix des cas. — Plus réservé dans l'application de la méthode que jadis. Pelzer estime aujourd'hui que, dans l'éclampsie, le plus sage est de ne rien faire tant qu'une dilatation suffisante ne fait pas entrevoir la possibilité de terminer rapidement l'accouchement. Il pense aussi qu'il faut renoncer aux injections intra-utérines de glycérine dans les cas de placenta prævia qu'on risque de décoller durant l'intervention. Exception pourrait être faite pour les cas de placenta prævia, où l'opérateur peut à la rigueur éviter la lésion de l'arrière-faix. Enfin, contre l'inertie utérine, il conseille de recourir d'abord aux applications chaudes et aux frictions de l'utérus.

*
* *

Dans un nouvel article, Pfannenstiel reprend sa discussion critique de la méthode Frank-Pelzer. Comme nouvel argument, il cite un fait emprunté à Müller (1), où l'injection de glycérine fut suivie de très près d'accidents notables. Mais, *le phénomène le plus important, indépendamment des modifications de la température et du pouls, qui se manifesta pendant l'accouchement et durant les suites de couches, fut la coloration brun foncé que prit l'urine, consécutivement à un frisson, intense et prolongé, survenu dix minutes environ après l'injection de glycérine. Or, un examen minutieux démontra que cette coloration était due à de l'hémoglobine et à de l'hématoporphyrine.* Pour Pfannenstiel, il s'agit là sûrement d'une intoxication par la glycérine, tout à fait analogue à celle qu'il a lui-même publiée. De ces faits, il rapproche encore des accidents notés par les chirurgiens à la suite de l'emploi de la glycérine iodoformée contre les tuberculoses locales, et invoque en particulier l'expérience de Mikulicz qui a observé, plusieurs fois de l'hémoglobinurie survenue 12-14 heures après des injections de ce mélange. Dans un cas, la mort serait survenue 4 jours et demi après l'apparition des symptômes d'une hémoglobinurie intense.

Après un examen critique de la statistique de Pelzer, il présente une statistique de 52 cas, dans lesquels la méthode de Krause ou la colpeuryse utérine, lui ont fourni les meilleurs

---

(1) Muller. Zur Technik der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. *Munch. med. Wochenschr.*, 1894, n° 4.

résultats, et cela sans jamais éveiller les appréhensions sérieuses que lui ont causées les accidents graves provoqués par les injections intra-utérines de glycérine. Aussi recommande-t-il vivement ces méthodes et adjure-t-il ses confrères de n'avoir jamais recours au procédé de Frank-Pelzer.

*
* *

En résumé, Pelzer a obtenu, de la méthode qu'il préconise, de bons résultats. Toutefois, l'expérience lui a démontré qu'il convenait de la modifier un peu et d'en restreindre les indications. Comme lui, d'autres médecins en ont retiré des avantages (Clifton, Simpson, Jennett). Müller, cité par Pfannenstiel, qui a noté les accidents rappelés plus haut, ne condamne pas pour cela le procédé et se borne à dire « *eu égard à la rapidité d'action, la méthode de Pelzer a, encore dans ce cas, donné ce qu'on en attendait. Toutefois, la réaction fut si alarmante, qu'il semble indiqué de n'employer, à l'avenir, que des doses plus faibles* ». Quant à Pfannenstiel, il n'a personnellement à produire que deux faits au passif de la méthode, et l'un de ces faits reste assez discutable, bien qu'il présente dans ses particularités le phénomène capital, au point de vue de l'intoxication, signalé par cet auteur. Ces deux faits autorisent-ils à condamner, sans appel, la méthode ?

Sub judice lis est! R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien, par NEUGEBAUER. — Cette étude très laborieuse et fort instructive est basée sur l'examen analytique de 242 cas. Elle met bien en relief les conséquences graves, mortelles parfois, de l'emploi irrationnel, peu circonspect, des pessaires vaginaux. Entre autres complications, l'auteur cite les suivantes : perforations du rectum, de la vessie, fistule urétéro-vésico-vaginale, fistule urétéro-vaginale, perforation du vagin jusque dans le cul-de-sac de Douglas, pénétration du pessaire par usure mécanique dans le tissu conjonctif pelvien, dans l'utérus ; péritonite, paramétrite, phlegmon, septicémie, etc.

En somme, un bilan des plus chargés contre les pessaires ! L'auteur, néanmoins, ne conclut pas contre le principe même du traitement mais contre la direction mauvaise, imprudente, peu judicieuse de ce traitement. A ce sujet, voici les conseils qu'il donne : quand il s'agit d'extraire un pessaire incarcéré, s'il existe des phénomènes de putréfaction, il faut, avant tout, faire une antisepsie rigoureuse. Puis, au cas de sténoses, d'adhérences, préférer l'usage méthodique du bistouri, des ciseaux, etc., à l'emploi d'une force brutale ; se diriger en conséquence d'après les règles fondamentales d'une bonne chirurgie et, quand on le peut, recourir à la narcose.

Le traitement par les pessaires doit être soumis au contrôle éclairé à la fois du médecin et de la malade. La malade doit : *a*) quand c'èst possible, prendre chaque jour une injection de propreté ; *b*) dans les cas où il ne s'agit ni de rétroversion ni d'une déviation quelconque, etc., mais par exemple d'une cystocèle vaginale, d'un prolapsus complet, retirer, au cas de possibilité, le pessaire la nuit pour le remettre au matin, *à condition que le médecin se sera parfaitement assuré que sa cliente est en état d'exécuter cette partie du traitement*. Dans le cas contraire, la malade doit se présenter toutes les 4-6 semaines chez le médecin qui enlève le pessaire et le remet quelques jours après, la malade ayant eu soin de prendre des injections de propreté. Avant de remettre le pessaire, le médecin doit encore bien s'assurer que l'instrument n'a pas produit d'ulcérations, d'inflammations cervico-vaginales, etc., — auquel cas il faudrait procéder immédiatement à la cure de ces lésions. Il importe que toute malade sache enlever le pessaire, car il faut le retirer dès que survient le plus léger symptôme de compression, d'irritation (strangurie, ténesme, etc.). De temps en temps, il faut supprimer le port du pessaire ; si possible, prendre par semaine un ou deux bains salés ; veiller à la régularité des garde-robes.

Quand il y a rétroversion,, la femme peut retirer le pessaire mais non le remettre, car, d'ordinaire, dans ces cas, elle le place mal.

Les *rapports sexuels* sans doute devraient plutôt être supprimés durant le port du pessaire. Mais la proscription n'est pas pratiquée. De plus, pratiqué dans ces conditions, le coït a pu être suivi de fécondation, alors qu'il y avait stérilité depuis plusieurs années.

Pendant la *menstruation* faut-il retirer le pessaire? Ce serait sans doute préférable, mais, outre que la suppression n'est pas toujours possible, la présence du pessaire, en particulier dans certains cas de déviation, de prolapsus, etc., diminue les hémorrhagies, etc. Pendant la *grossesse,* le pessaire, en général, ne doit pas être laissé au delà du troisième et du quatrième mois. Pourtant dans les cas de rétroversion de l'utérus gravide, son action peut rester utile durant le quatrième et même le cinquième mois. Par contre, il ne faut pas oublier que le pessaire peut être cause d'avortement. R. L.

Chirurgie abdominale, par J. GREIG SMITH, chirurgien de l'Infirmerie royale de Bristol. Ouvrage traduit sur la quatrième édition par le Dr PAUL VALLIN, professeur suppléant à la Faculté libre de Lille; 91 figures dans le texte. G. Steinheil, éditeur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Aulnay (**Richard d'**). Prophylaxie de la blennorrhagie chez la femme. *Arch. de Toc. et de Gynéc.*, mai 1894, p. 321. — **Boisleux**. Du drainage du cul-de-sac de Douglas. *La Clinique française*, Paris, 1894, p. 633. — **Cale**. Conservatism in pelvic surgery. *The med. Age*, juin 1894, p. 332. — **Carry**. Le gonococcus de Neisser au service sanitaire de Lyon; étude sur la blennorrhagie de la femme. *Arch. de Tocol. et de Gynecol.*, mai 1894, p. 384. — **Chambers**. Ovaries and tubes. *The New-York J. Gynæc. a. Obst.*, 1894, w. 182, 1 pl.— **Cragin** (**E. B.**). Vaginal examinations. *Medic. Standard*, Chicago, 1894, I. 142. — **Croasdale**. Report of a case of two Separate and Distinct Uteri and of a Calcified corpus Luteum. *Am. J. of Obst.*, mars 1894, p. 359. — **Dixon Jones** (**Mary A.**). The minute anatomy of the Fallopian tubes. *Am. J. of Obstetrics*. N.-Y., 1894, I, 785. — **Friedmann**. Ueber die primordiale menstruelle Psychose (die menstruale Entwicklungspsychose). *München. med. Wochnschr.*, 1894, XLI, 4 ; 27 ; 50 ; 69. — **Géhé**. Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. Dysménorrhée membraneuse. *Annales de la polyclinique de Toulouse*, 1894, p. 54. — **Howard A. Kelly**. The advantage of atmospheric distension of the rectum, with dislodgement of the small intestines in the bimanual examination of uterus, ovaries and tubes. *The American Journal of Obstetrics*. New-York, mai 1894, p. 607. — **Hunter Robb**, Notes on gynæcological technique. *The New-York Journal of Gynecology and Obstetrics*, mai 1894, t. IV, p. 529. — **Irish**. Appendicitis. *Annals of gynecology and pædiatry*. Philadelphia, avril 1894, t. VII, p. 396. — **Johnston**. Menopause. Natural and artificial. *The N.-Y. J. of gyn. and Obst.*,

avril 1894, p. 393. — **Klein (Carl).** Bemerkungen über Atonia uteri als Sterilitätsursache. *Wiener medizin. Presse*, 1894, p. 846. — **Massey.** Certain erroneous principles and methods in gynæcology. *Annals of gynecology and pædiatry*. Philadelphia, avril 1894, t. VII, p. 385. — **Muret**. Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques *Revue médicale de la Suisse Romande*. Genève, 20 juin 1894, nº 6, p. 381.—**Pick.** Ueber Sarcom des Uterus und der Vagina in Kindesalter und das primäre Scheidensarcom der Erwachsenen. *Arch. f. Gyn.* Bd. 46, Hft 2, p. 191. — **Terson.** Les troubles visuels graves après les hématémèses et les métrorrhagies. *Sem. méd.*, mai 1894, p. 245. — **Thorn.** Zur Infectiosität des carcinom. *Cent. f. Gyn.*, nº 10, 1894, p. 228. — **Townsend.** Scanty menstruation. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Philadelphia, avril 1894, t. VII, p. 405.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Boisleux** Du drainage du cul-de-sac de Douglas. *La Clinique française*, Paris, 30 avril 184, nº 44, p. 637. — **Czempin**. Ein operationstisch für Laparotomien. *Cent. f Gyn.*, mars 1894. p. 299. — **Hamilton**. Curetting in uterine haemorrhage. *Indian M. Gaz.* Calcutta, 1894, XXIX, 30-32. — **La Torre**. L'elettricita cura nella dell'amenorrea. *Annal. di ostet. e gynec.* mai 1894, p. 253. — **Vulliet**. Die Behandlung inoperabler Uteruscarcinome mittelst parenchymatose Injectionen von Alkohol. *Wien. Medizinische Presse*, juin 1894, 1006.

VULVE ET VAGIN. — **Braun (H.)**. Ein Fall von Pseudohermaphrodismus-masculinus externus. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* B. XXVIII, H. 2, p. 375. — **Duncan (William)**. Hypertrophied nymphæ and clitoris. *Transactions of the obstetrical Society of London*, janvier et février 1894, t. XXXVI. p. 3. — **Griffiths**. Membranous vaginitis and enteritis. *British med. Journal*, London, 16 juin 1894, t. I, p. 1300. — **Heydenreich**. De l'hématocolpos et de son traitement, *Semaine méd.*, Par., 1894, XIV, 81. — **Langfeldt**. Ueber Blutadergeschwülste an den Schamlippen. *Allg. deutsche Hebam. Ztg.*, Berl., 1894, IX, 17. — **Lipuisky**. Ein Fall. von Episiocleisis cum fistula recto-vaginali artificiali. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, p. 209. —**Mc Gill**. A new disease of the vagina, Perivaginitis simplex, *Med. Rec.*, mars 1894, p. 391. — **Mermel**. Kystes dermoïdes du raphé génito-périnéal, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, janvier 1894, fasicule 1, p. 53. — **Pedebidou**. Corps étranger dans le vagin. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 avril 1894, p. 190. —**Schultze**. Zur Ætiologie und Behandlung des Pruritus vulvæ. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, p. 273.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PERINÉORRHAPHIE. —**Bloom**. Primary operation for lacerated perineum. *Phila. Polyclin.*, 1894, III, 73-75. — **Braithwaite**. On the mode of performing the operation of ventro-fixation of the uterus, or hysteropexy in cases of intractable retroflexion. *British medical Journal*, 19 mai 1894, t. I, p. 1073. — **Byrne**. The palliative treatment of utero-vaginal Prolapse. *The N.-Y. J. of Gyn. and Obst.*, avril 1894, p. 385. — **Condamin**. De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne ; manuel opératoire. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, mai 1894, p. 365. — **Condamin**. De l'hystéropexie comme traitement de l'antéro-flexion utérine. *Mercredi médical*, Paris, 16 mai 1894, p. 237. — **Freeman**. Retroversio Uteri. *Annals of gynæc. and pædiat.*, mai 1894, p. 470. — **Fritsch**. Ventro-

fixation und Vaginofixation. *Deutsch med. Wochnschr.*, Leipz. u. Berl., 1894, XX, 6-8. — **Glaevecke.** Bildung eines viderstandsfähigen Dammes nach mehrmaliger Dammzerreissung. *Mitth. f. d. Ver. Schlesw-Holst. Aerzte*, Kiel, 1893-4, n. F., II, 67. — **Grace Peckham-Murray.** Mechanism and treatment of complet procidentia uteri. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 648. — **Laroyenne.** Des indications de l'hystéropexie. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, mai 1894, p. 330. — **Lanphear.** Perineorrhaphy. *Am. J. Surg. & Gynæc.*, Kansas City, 1893-94, IV, 122. — **Manton.** Posterior deviations of the uterus, and their treatment. *Med. Age*, Detroit, 1894, XII, 97-100. — **Noble (Ch.).** Procidentia uteri. *The Am. Lancet*, mars 1894, p. 89. — **Peckham-Murray.** Mechanism and treatment of complete procidentia uteri. *Am. J. of Obst.*, mars 1894, p. 289. — **Zuccaro.** Cura chirurgica delle retroflesioni uterine. *Puglia med.*, Barc., 1893, I, 274-298.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Bacon.** The antiseptic treatment of endometritis. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 610. — **Cushing.** Irregular menstruation. *The New-York Journal of gynæcology and obstetrics*, mai 1894, t. IV, p. 533. — **Erwin (J.-J.).** Endometritis. *The Cincinnati Lancet clinic.*, 1894, p. 464. — **Herman.** Treatment of Endometritis. *The N.-Y. J. of gyn. a. obst.*, avril 1894, p. 404. — **Kelly.** Dysmenorrhœa. *The N.-Y. J. of gyn. a. obst.*, avril 1894, p. 408. — **Murdoch.** Acute non-puerperal Metritis, with Report of a Case. *Am. J. of Obst.*, mars 1894, p. 344. — **Noll.** Zur Behandlung der Cervicaldysmenorrhæ. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 21, p. 499. — **Pichevin.** Métrite du col; hersage et évidement du col chez les multipares. *Gazette médicale de Paris*, 12 mai 1894, t. I, p. 219. **Pryor (William R.).** The abuse of trachelorraphy. *Amer. J. of med. Sciences*, Phil., 1894, t. I, p. 669. — **Rueder.** Beitrag zur Behandlung der Endometritis mittelst Chlorzinkstifte. *München med. Wchnschr.*, 1894, XLI, 165. — **Skene.** Senile Endometritis. *The New-Y. J. of Gyn.*, juin 1894, p. 641. — **Tillaux.** De la métrite chronique du col. *Progrès médic.*, Par., 1894, 2 s., XIX, 81.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Alexander.** Hyperplasia of the uterus. *Med. J.*, 1894, 10, n° 2, 17-21. — **Atthill.** Vaginal Hysterectomy. *Bristish med. J.*, mai 1893, 1120. — **Boiffin.** *Tumeurs fibreuses de l'utérus*, Paris, 1894. — **Boldt.** Ligation of the uterine arteries for the cure of a fibro-myomatous tumór of the uterus. *New-York J. Gynæc. & Obst.*, 1894, IV, 129-131. — **Braithwaite (J.).** A point in the technique of vaginal hysterectomy. *Brit. med. J.*, 1893, I, 932. — **Brennecke.** Ein Beitrag zur Frage der myomektomie und der myomohysterektomie. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXVIII. H. 2, p. 254. — **Breus.** Zur Cystomyomfrage. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 17, p. 393. — **Bruyère.** *Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma primitif du corps de l'utérus*, Bordeaux, 1893. — **Buckmaster.** The Removal of Submucous Fibroids through the cervical Canal; with a Report of several Cases. *The N.-Y. J. of Gyn. a. Obst.*, avril 1894, p. 412. — **Burrage.** Three Years' Experience with the Electrical Treatment of Fibroid Tumors of the Uterus; with a Report of forty-four cases. *Am. J. of Obst.*, mars 1894, p. 320. — **Caréaga.** Observacion de un caso de hidatides del utero. *Gac. med. Mexico*, 1894, XXXI, 41-44. — **Condio.** Dell' osteomalacia curata coll' isterosalpingo-ooforectomia. *Morgagni, Milano*, 1893, XXXV, 693-721. — **Culling-**

worth. Sarcoma of the uterus, showing extreme cystic degeneration. *Tr. Path. Soc. Lond.*, 1892-3, XLIV, 119. — **Delagenière.** De l'hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus. Six observations. *Arch. provinciales de chirurg.*, juin 1894, p. 333. — **Doran.** An address on the treatment of bleeding and other uterine fibroids by removal of the appendages. *Bristish med. Journal*, London, 9 juin 1894, t. I, p. 1233. — **Eastman (Joseph).** A contribution to the technique of suprapubic hysterectomy. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 621. — **Ermano.** Contributo allo studio clinico dei fibromiomi dell' utero; delle indicazioni all' intervento chirurgico, e del valore terapico di alcuni trattamenti operativi. *Raccoglitore med. Forli*, 1893, 5, s., 469; 501; 1893, XVI, 65; 177; 340; 364. — **Faguet.** Néoplasme intra-utérin (fibro-myôme en voie de sphacèle); hystérectomie vaginale totale; guérison. *Gaz. hebd. des sc. méd.* de Bordeaux, 1893, XIV, 603. — **Hamilton.** Report of the cases of supra vaginal hysterectomy for fibroids of the uterus. *New-York M. J.*, 1894, LIX, 206. — **Hawthorne Wylie.** Fourteen hysterectomies whit remarks. *The New-York Journal of gynæcology and obstetrics*, mai 1894, t. IV, p. 536. — **Henrotay.** Un nouveau mode de ligature élastique pour pédicule de myomotomie. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.* Bruxelles, 1894, n° 3, p. 80. — **Herman.** Early Diagnosis of Cancer of the Cervix uteri. *Bristish m. J.*, mai 1894, p. 1009. — **Jessett.** Lectures on Cancer of the uterus, delivered at the Cancer Hospital. *The Provincial medical Journal*, Leicester, 1er juin 1894, t. XIII, p. 282. — **Krug (Florian).** Hysterectomy in ectopic gestation with disease of the other appendages. *The N.-Y. Journ. of gynæc.*, 1894, t. I, p. 661, et *Americ. J. of medic. sciences*, 1894, t. I, p. 676. — **Landau.** Zur Pathologie und Therapie der Beckenabscesse des Weibes, mit besonderer Berücksichtigung der vaginalen Radicaloperation. *Arch. f. Gyn.*, t. 46, Heft. 3, p. 397. — **Lanphear.** Hysterectomy by the Pratt method. *J. Am. M. Ass.*, *Chicago*, 1894, XXII, 116. — **Lauro.** Una isterectomia sopra-vaginale (proceso Schrœder) per nuova indicazione. *Riforma med. Napoli*, 1893, IX, pt. 4, 218; 229. — **Lauwers.** Contribution à l'étude du traitement opératoire des myômes intra-ligamentaires de l'utérus. *Bull. Acad. roy. de méd. de Belg.*, Brux., 1893, 4, s., VII, 879-893. — **Lauwers.** Du traitement intra-péritonéal du pédicule après l'amputation supra-vaginale. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1894, n° 3, p. 70. — **Ludlam.** Abdominal hysterectomy to avert the malignant degeneration of fibromyomata. *Clinique*, *Chicago*, 1894, VI, 111. — **Mac Kinnon (Angus).** An interesting case of vaginal hysterectomy, with remarks on carcinoma uteri. *Amer. J. of Obstetr.*, N.-Y., 1894, I, 770. — **Madden.** On the removal of the gravid uterus by abdominal section. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland. Dubl.*, 1892, 3. XI, 312-320. — **Malins.** Removal of uterus ovaries and Fallopian tubes : recovery. *Bristish med. Journal*, London, 16 juin 1894, t. I, p. 1298. — **Morestin.** Hystérectomie vaginale pour prolapsus. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, février 1894, n° 4, p. 156. — **Nègre.** *De l'hydrorrhée dans les fibromes utérins.* Bordeaux, 1893. — **Penrose.** A case of abdominal hysterectomy in which the ureter was resected and implanted into the bladder. *Univ. M. Mag.*, *Phila.*, 1893, 4, VI, 454-456. — **Penrose.** A case of primary carcinoma of the body of a divided uterus. *Med. News*, *Phila.*, 1894, LIXV, 239. — **Pilliet.** Evolution sarcomateuse d'un fibrome utérin : une hypothèse

sur l'origine des fibromes. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, janvier 1894, fascicule n° 1, p. 4. — **Polk**. The Relation of hysterectomy to conservative operations upon the appendages. *The New-York Journal of gynecology and obstretrics*, mai 1894, t. IV, p. 514. — **Raffray**. Fibro-myôme kystique. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, janvier 1894, fascicule n° 1, p. 12. — **Reymond**. Fibrome kystique de l'utérus contenant du pus dans l'intérieur des poches. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, janvier-février 1894, fascicule n° 3, p. 81. — **Robinson (Byron)**. A New Method of Treatment of Uterus Myoma whitout Removal of the Uterus by Ligation of the Ovarian and Uterine Arteries. *Am. J. of Obst.*, avril 1894, p. 484. — **Rydygier**. Zur Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, p. 297. — **Stark**. Report of four cases of hysterectomy. *The Cincinnati Lancet*, 1894, t. I, p. 495. — **Stavely (Albert L.)**. Myomectomy during pregnancy. *The New-York Journal of gynæcology*, 1894, t. I, p. 679. — **Stone**. Hysterectomy for large tumors. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Philadelphie, avril 1894, t. VII, p. 377. — **Sutton**. Hysterectomy for myoma of the uterus. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Philadelphie, avril 1894, t. VII, p. 392. — **Sutton**. The Treatment of the Pedicle in Hysterectomy. *Annals of gynæc. and pædiat.*, mars 1892, p. 362. — **Tournay**. Cas remarquable de grossesse extra-utérine; laparotomie infructueuse; hystérectomie par morcellement; guérison. *Presse méd. belge*, Brux., 1893, XLV, 413-415. — **Van Hassel**. Discussion sur les cancers utérins. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1894, n° 3, p. 82. — **Whitridge (W.)**. Contribution to the histology and histogenesis of sarcoma of the uterus. *Americ. J. of Obstetr.*, N.-Y., 1894, I, 721.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES ET AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Acconci**. Della ovarite tubercolare. *Annal di Ost. e gynec.*, mai 1894, p. 225. — **Arendt**. Ueber operative Behandlung chronisch, entzundlicher Gebärmutteranhäge. *Berl. klinisch. Wochenschr.*, mars 1894, p. 233. — **Auvard**. Traitement de la salpingo-ovarite par l'application de tampons vaginaux. *Arch. de tocologie*, Paris, juin 1894, p. 401. — **Baldy**. Conservative surgery on uterine appendages. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Philadelphia, avril 1894, t. VII, p. 379. — **Binkley (J.-P.)** The relations between salpingitis and appendicitis vermiformis, and their importance to the gynecologist. *Cincinnati Lancet clinic.*, 31 mars 1894, p. 346. — **Blondel**. Évacuation spontanée de deux cas de pyosalpinx consécutive à une oblitération temporaire de l'orifice cervical. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 avril 1894, p. 162. — **Carr**. Chronic salpingitis. *Am. J. of Obst.*, mars 1894, p. 346. — **Chaput**. Salpingite blennorrhagique. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, janvier, février 1894, fasc. n° 3, p. 123. — **Cl. Cleveland**. The treatment of Pelvic abscess by vaginal puncture and drainage. *The N.-Y. Journ. of Gyn.*, juin 1894, p. 652. — **Crofford**. My experience with tubercular peritonitis. *Am. J. of Obst.*, avril 1894, p. 465. — **Davenport**. The non-surgical Treatment of chronic pelvic Inflammation and their Sequelæ. *The Bost. med. and surg.*, avril 1894, p. 407. — **Dubourg**. Hydrosalpinx. *Mém. et bull. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux.*, 1892, 1893, p. 561-565. — **Holme-Viggin**. Cœliotomie pour double pyosalpinx, suivi d'appencicite quatre jours après l'opération. *Arch. de toc.*, mai 1894, p. 382. — **Keith**.

Illustrative cases of diseases of the ovaries requiring operation. *Med. Press & Circ. Lond.*, 1894, n. s. LVII, 133-135. — **Kisch**. Zur Lehre von den Tubensäcken. *Berl. klin. Wochnschr.*, 1894, XXXI, 164, 166. — **Kollock**. Conservative treatment of pyosalpinx. *Internat. M. Mag., Phila.*, 1894-5, III, 37-40. — **Landau**. Ueber die Heilung der Beckenabscesse des Weiber. mit besonderer Berüksichtigung der vagiualen Radicaloperation. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1894, p. 507. — **Laroyenne**. Disposition de certaines collections pelviennes réclamant leur débridement successif et au besoin l'ablation des annexes par la voie vaginale. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, mai 1894, p. 334. — **Ludlam**. Double ovarian varicocele ; operation ; recovery. *Clinique*, Chicago, 1894, XV, 99-102. — **Martin (C.)**. Semeiologia clinica y diagnostico de las inflamaciones pelvianas. *Anal. de obst. ginecol. y pediatria*, mars 1894, p. 65. — **Morton**. Tuberculosis of the Fallopian tubes, uterus and vagina. *Tr. pathol. Soc. Lond.*, 1892-93, XLIV, 117. — **Morton** and **Butler**. Two cases of hernia of the Fallopian tube. *Lancet, Lond.*, 1894, I, 403. — **Mundé**. The conservative treatment of salpingis. *Tr. N.-York Acad. M.* (1892), 1893, 2 s.; IX, 195-208 — **Richardson**. Three cases of salpingitis of unusual extent. *Boston M. & S. J.*, 1894, CXXX, 159-161. — **Rohé (George H.)**. Hematoma of the ovary. *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y., 1894, I, 765. — **Scott (J. Foster)**. Pathology and treatment of periuterine pelvic inflammations. *Amer. J. of Obstetrics* N.-Y., 1894, I, 803. — **Shotwell (Iv. E.)**. A pelvic abscess of unusal course and termination. *Med. News*, Phil., 1894, I, 408. — **Taylor**. On a case of high lying Pyosalpinx concealed by Retroversion of the Uterus. *The Lancet*, avril 1894, p. 996.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Amann**. Ueber Ovarialsarcome. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, H. 3, p. 484. — **Bernard**. Sarcome diffus du péritoine, compression des uretères, urémie ; mort. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, février 1894, fascicule 4, p. 135. — **Binaud**. Sur un cas de kyste sanguin du mésentère traité par la marsupialisation et suivi de guérison. *Gazette médicale de Paris*, 19 mai 1894, t. I, p. 229. — **Buys** et **Vandervebbe**. Recherches expérimentales sur les lésions utérines consécutives à l'ovariotomie double. *Arch. de tocol. et de gyn.*, mai 1894, p. 372. — **Champneys**. On the removal of the uterine appendages. *St-Barth. Hosp. Rep.*, Lond., 1893, XXIX, 45-62. — **Chrobak und Knoner**. Ueber die Erfolge der Adnexoperationem in Anhange, Nachforschungen über die Dauererfolge von 40 Fällen. *Wien. klin. Wchnschr.*, 1893, VI, 877 ; 922 ; 941 ; 1894, VII, 6 ; 25 ; 45. — **Cittadini**. Extirpation d'un kyste dermoïde de l'ovaire par l'incision vaginale, *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1894, n° 3, p. 78. — **Delangre**. Des interventions chirurgicales conservatrices de l'ovaire. *Clinique, Brux.*, 1894, VIII, 65-71. — **Duret**. Enorme kyste de l'ovaire, du poids de 40 kilog. ; adhérences totales à la paroi antérieure ; procédé opératoire particulier. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1894, I, 133 ; 160. — **Jacobs**. Kyste de l'ovaire volumineux enlevé par forcipressure (voie vaginale) chez une femme enceinte ; guérison sans avortement. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1894, n° 3, p. 69. — **Johnson**. A case of double ovariotomy. *The American Journal of Obstetr.*, New-York mai 1894, p. 665. — **Mallett**. A case of round-called sarcoma of the

ovary. *Med. Rec.* N. Y., 1894, XLV, 237. — **Mangiagalli**. Ovariotomie während der Schwangerschaft und nach der Geburt. *Berl. klinis. Wochnschr.*, 1894, nº 21, p. 491. — **Mann (M. D.)**. Cyst of the broad ligament from a patient 60 years old. *Medic. News*. Philad., 1894, t. I. p. 4 54. — **Masson**. Une série de kystes déhiscents de l'ovaire. *J. d. sc. méd. de Lille*, 1894, I, 110, 154; 175. — **Pfannenstiel**. Ueber Carcinombildung nach Ovariotomien, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXVIII, H. 2, p. 349. — **Robinson (F. Byron)**. Abdominale tumors *Medical Age*, Detroit, 26 mars 1894, p. 169. — **Rosenheimer**. Dermoid cyst of the ovary simulating appendicitis. *Med. News, Phila.*, 1894, LXLV, 324. — **Routh**. On castration in females : its frequent inexpediency and the signal advantages of conservative surgery in these cases. *The Provincial medical Journal*, Leicester, 1er juin 1894, t. XIII, p. 293. — **Rufus B. Hall**. Papillomatous Cyst of the ovary. *The Cincinati Lancet-clinic*, mai 1894, p. 570. — **Schauta**. Ueber die Indicationen, die Technik und die Erfolge der Adnexperationen. *Deutsche med. Wochnschr.* Berl., 1894, XX, 97-100. — **Shoemaker**. Dermoid Cyst : broad ligament Cyst ; vicious union of cervix with vagina. *Annals of gynecology and pædiatry*, Philadelphia, avril 1894, t. VII, p. 399. — **Tissier**. Infiltration embryonnaire de l'utérus, des ovaires et des tuniques de l'intestin. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, janvier 1894, fascicule 1, p. 40. — **Turner**. Medullarg sarcoma of both ovaries and of the peritoneum in a child aged 6. *Tr. Path. Soc. Lond.* 1892-3, XLIV, 110. — **Zedel**. Ueber Cystenbildung am ostium abdominale der Tube. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXIII, H. 2, p. 282.

ORGANES URINAIRES — **Browne**. Artificial vesico-vaginal fistula for the examination and treatment of ureteral diseases. *Med. Age*, Detroit, 1894, XII, 106-108. — **Clarke**. Vesico-vaginal fistula, its etiology and treatment. *Pacific. Rec. M. S.*, San-Fran., 1893-94, VIII, 65 — **Dunn**. Carcinoma of the female urethra treated by suprapubic cystomy à deux temps, excision of the urethra and vesicalneck, and closure below of the resected bladder. *Ann. Surg. Phila.*, 1894, XIX, 461-465. — **Füth**. Ueber einen Fall von Harnblasenverdoppelung. *Cent. f. Gyn.*, 1894, nº 14, p. 332. — **Heitzmann**. Die Neurosen der Harnorgane beim Weibe. *Cent. f. die gesanmte Therap.*, juin 1894, p. 321. — **Kelly**. The examination of the female bladder and the catheterisation of the uterus under direct inspection, *Hosp. Bull.* Balt., 1893, IV, 101. — **Liell**. Urethral Carunculæ. *Am. J. of Obst.*, avril 1894, p. 487. - **Marmasse**. Epithélioma vésical et utérin. Compression des uretères et hydronéphrose double, épanchement intra-capsulaire et périrénal d'origine traumatique. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, janvier 1894, fascicule 1, p. 45. — **Malcolm**. Successful abdominal Section, with Use of Carbolic Acid during advanced Kidney Disease. *The Lancet*, mai 1894, p. 1127. — **Smith (E. W.)**. Seven cases of laparotomy without irrigation or drainage. *The medical Age*, Detroit, 1894, I, 327. — **Tauffer**. Beiträge zur Chirurgie der Ureteren und der Nieren. *Arch. f. Gyn.*, Bd 46, H. 3, p. 531. — **Weller Van Hook**. Abscess formation in the patent urachus. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 624.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Condamin (R.)**. De la péritonisation des pédicules intra-abdominaux. *Lyon médical*, 29 avril 1894, p. 567. — **Flatau**. Zur extramedianen Schnittführung bei Laparotomien. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, p. 273. — **Johnstone**. Why is a Successful Lapa-

rotomy sometimes a Failure? *The Cincinnati Lancet Clinic.*, avril 1894, p. 403. — **King** (**E. H.**). An unusual accident after cœliotomy. *Med. News*, Phil., 1894, I, 409. — **Leaman**. Report of interesting cases in abdominal surgery. *The Amer. Lancet*, mars 1894, p. 85. — **Mundé**. Clinical contributions to abdominal surgery. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 593. —**Ross**. Influences affecting the results in abdominal operations. *Ann. Gynæc. & Pædiat.*, *Phila.*, 1893-94, VII, 313-325. — **Schachner**. Three illustrive Case of abdominal Section. *Am. J. of Obst.*, mars 1894, p. 369. — **Shepherd**. The curative effect of exploratory laparotomy. *Montréal M. J.*, 1893-94, XXII, 641-646. — **Skene Keith** et **George Keith**. The management of the intestine after abdominal section. *The New-York Journal of gynæcology and obstetrics*, mai 1894, t. IV, p. 546. — **Smith** (**Lapthorn**). Des principaux éléments de succès en cœliotomie. *Union médic. du Canada*, Montréal, 1894, p. 175. — **Strauch**. Ueber Wenenthrombose der unteren Extremitäten nach Köliotomien bei Beckenhochlagerung und Æthernarcose. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, n° 13, p. 304.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Fournel**. D'une manière d'obtenir dans l'accouchement par le sommet, la flexion de la tête fœtale dès le début de la période de dilatation. *Rev. obstét. et gynéc.*, Paris, 1894, X, 22-27. — **Gravier**. De la conduite à tenir dans la présentation de la face. *Courrier méd.*, 1894, XLIV, 41. — **Léopold**. Ueber die Leitung der regelmässigen Geburten mehr durch äussere Untersuchung. *Cent. f. Gyn.*, n° 21, p. 498. — **Markoe**. A modification of the so-called Crede's method of expressing the placenta. *Soc. Lying-in Hosp. New-York Med Rep.* (1893), 1894, 100-108. — **Marx**. Further contribution to the study of occipito-posterior position's of the vertex. *Medical Record*, New-York, 12 mai 1894, t. 45, p. 585. — **Muret**. Des positions transversales du sommet au détroit inférieur du bassin. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, Genève, 1894, XVI, 50 ; 105.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Franque** (**Otto V.**). Anatomische u. klinische Beobachtungen über Placentarerkrankungen. *Zeitsch. f. Geb u. Gyn.*, t. XXVIII, H. 2, p. 293. — **Kyri**. Physiologie und Pathologie der Motilität der Beckenorgane *Wien. med. Bl.*, 1894, XVII, 64-75. — **Morse**. Bacteriological cultures from a case of puerperal septicæmia. *Boston M. T. S. I.*, 1894, CXXX, 140. — **Porak**. Du passage des substances étrangères à travers le placenta. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 avril 1894, p. 173. — **Prioleau**. Puerpéralité et microbisme préexistant dus à une affection générale. *Limousin médical*, Limoges, 1894, p. 60. — **Reynaud**. De la mensuration de l'inclinaison du bassin chez la femme. Le *Courrier médical*, 31 mars 1894. — **Runge**. Die Ursache der Sungenathmung des Neugeborenen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, H. 3, p. 512. — **Zacharjewsky**. Ueber den Stickstoffwechsel während der letzten Tage der Schwangerschaft und der ersten Tage der Wochenbettes. *Ztschr. f. Biol.*, München u. Leipz., 1893-94 n. F., XII, 368-438.

DYSTOCIE. — **Lamarche**. Hydrocéphalie avec présentation du siège. Quel procédé de crâniotomie employer. *Union médicale du Canada*, mars 1894, p. 119. — **Coulhon**. Bassins viciés ; essai de clas-

sifications ; déceptions et surprises de l'obstétrique. *Gaz. d. hôp. Par.*, 1894, LXVII, 142-146. — **Fayolle.** Présentation de la face dans un bassin régulièrement développé ; absence de rotation ; menton enclavé dans l'échancrure sciatique, perdu dans les parties molles, rotation artificielle au moyen du doigt introduit dans la bouche ; dégagement du menton, la rotation se complète aussitôt. *J. des sages-femmes, Par.*, 1894, XXII 19. — **Gardinier** (**B. Hubert J.**). Dystocia from occlusion of cervix uteri. *Lancet*, London, 1894, I, 1300. — **Longaker** (**Daniel**). A report of eight craniotomies : with remarks on the treatment of labor in contracted pelves. *American Lancet*, Detroit, 1894, p. 172. — **Cui.** Présentation de l'épaule négligée. *Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 1894, p. 233.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Lochbœhler.** Report of a case of Prolonged Prolapsus Funis in Twin Pregnancy. *Am. J. of Obst.*, avril 1894, p. 473.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Barton Cooke.** A coincident intrauterine and extra-uterine pregnancy. *Med. News*, Philad., 1894, I, 347. — **Berry Hart.** On the extra-peritoneal form of extra-uterine gestation. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 577. — **Best.** Case of extra-uterine gestation ; operation and uninterrupted, recovery. *N. Am. Pract. Chicago*, 1894, VI, 59-61. — **Dührssen.** Ueber Tubarschwangerschaft und die Behandlung der Blutungen in die Bauchhöhle infolge von Tubarschwangerschaft. *Deutsche med. Wöchnsch.*, *Leipz. u Berl.*, 1894, XX, 29-59. — **Eden.** Unruptured tubal gestation. *Transactions of the obstetrical Society of London*, janvier et février 1894, t. XXXVI, p. 5. — **Franklin.** Intra and extra-uterine fœtation at Full term ; cæsarean section. *British med. J.*, mai 1894, 1019. — **Gautrelet.** Deux opérations de grossesses extra-utérines. *La Bourgogne médicale*, mars 1894, n° 1, p. 1. — **Johnson.** Six cases of extra-uterine pregnancy ; one a pregnancy in both tubes at the same time, with the possibility of there also being a twin pregnancy in the left tube. Cœliotomy ; recovery in all. *Boston M. T. S. J.*, 1894, CXXX, 256-59. — **Loontjens.** Grossesse extra-utérine ; extraction tardive du fœtus par le rectum. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, n° 4, 1894, p. 89. — **Mori.** Sopra un caso di gravidenza extrauterina doppio. *Gazz. med. lomb. Milano*, 1893, LII, 563-567. — **Morrison.** Extra-uterine pregnancy simulated by small tumor of the ovary operation. Recovery. *Medical News*, Philadelphia, 26 mai 1894, t. LXIV, p. 571. — **Oldham** (**J.-E.**). Ectopic gestation *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1894, I, 777. — **Pinard.** Signes, diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois. *Semaine méd. Par.*, 1894, XLV, 9-11.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Allen.** The aseptic Dressing of the umbilical Stump. *Am. J. of Obst.*, avril 1894, p. 457. — **Coutts.** Case of congenital syphilis ; infection of the mother by her own child. *The Lancet*, juin 1894, p. 1443. — **Feis.** Ueber intrauterine Leichenstarre. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, Hft. 2, p. 384. — **Hoffman.** A Peculiar Monstrosity. *Am. J. of Obst.*, mars 1894, p. 367. — **Kirchhoff.** Ein Thorakopagus in tubaren Fruchtsack. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, p. 232. — **Krukenberg.** Zur Ætiologie des Caput obstipum. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, t. III, p. 497. — **La Torre.** Le dimensioni della testa fetal dal punto di vista biologico ed antropolo-

gico. *Annal. di ost. e ginec.*, mai 1894, p. 264. — **Legris et Dubrisay**. Infection à streptocoque du fœtus par contamination buccale. *Presse médicale*, Paris, 28 avril 1894, p. 131. — **Oui**. Note sur un cas de petitesse extrême d'un fœtus né à terme ou près du terme. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1894, p. 241. — **Preuschen**. Die Läsion der Centralorgane bei der Geburt als Ursache der Melæna neonatorum. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, p. 201. — **Probyn Williams**. A malformed Heart. *Transactions of the obstetrical Society of London*, janvier et février 1894, t. XXXVI, p. 3. — **Probyn-Williams**. Hydrocephalus with spina bifida. *Transactions of the obstetrical Society of London*, janvier et février 1894, t. XXXVI, p. 4. — **Rossa**. Ueber Bedeutung und Aetiologie der vorzeitigen Meconiumabganges. *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 46, Hft. 2, p. 303. — **Sarwey**. Ein Fall von Missbildung hervorgerufen durch abnorme Engigkeit des Amnion. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, t. III, p. 503. — **Schültze**. Ein Fall von Melæna neonatorum. *Cent. f. Gyn.*, mars 1894, p. 207.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Auvard**. Bassin justo-minor aplati avec diamètre minimum de 8 1/2; insuccès du forceps; symphyséotomie; enfant vivant; guérison de la mère. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Par., 1893, XX, 893-896. — **Bossi**. *Sulla provocazione artificiale del parto e sul parto forzato*, Napoli, 1893. — **Charles**. Symphyséotomie pratiquée chez une primipare rachitique; bassin de 6 centim. 1/2; grossesse de 8 mois 1/4. *Journal d'accouchements*, Liège, 1894, p. 145. — **Carstens (J.-H.)**. Cesarean section. *Amer. J. of Obstetr.*, N.-Y., 1894, I, 775. — **Davis (Edward P.)**. Cesarean section and symphysiotomy for the relative indications; with a report of cases. *Med. News*, Philad., 1894, I, 401. — **Gaulard**. De la symphyséotomie. *Arch. de tocol. et de gyn.*, mai 1894, p. 353. — **Harris (R.)**. The mortality under the Cæsarean operation in great Britain during the last eight years and the encouragement offered for the introduction of symphysiotomy as a substitutive for craniotomy. *The Lancet*, Londres, 19 mai 1894, t. I, p. 1242. — **Hatherly**. A successful case of Porro's operation. *British med. J.*, avril 1894, p. 1007. — **Hirst**. Two Cesarean sections and three symphyseotomies : a year's work in the surgical treatment of insuperably obstructed labor. *Univ. M. Mag., Phila.*, 1893-94, VI, 293-296, 4 pl. — **Lagarde (Alfrede)**. Un caso de operacion cesarea con salvacion de la madre y del nino. *Revista de la Soc. med. Argentina*, septembre et octobre 1893, p. 335. — **Longaker**. Two symphyseotomies and induced labor. *Annals of gynæc. and of pædiatry*, mai 1894, p. 650. — **Lewers**. Case of symphysiotomy. *Trans. of the obst. Soc. of Lond.*, t. XXXV, p. 408. — **Manton**. Symphysiotomy. *The med. Age*, mai 1894, p 289. — **Paoli**. Alcune osservazioni cliniche sul metodo Krause nella provocazione del parto. *Rassegna d'ostet. e ginec.*, Napoli, 1893, II, 377; 409. — **Strassmann**. Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes und ihre Beziehungen zur Therapie bei Beckenenge. *Berl. kl. Woch.*, n° 25, 1894, p. 582. — **Tournay**. Un cas de symphyséotomie pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. Guérison. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1894, n° 3, p. 85.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Boislinière**. The uncontrolable vomiting of pregnancy. *Med. Rev.*, *Saint-Louis*, 1894, XXIX, 209-214. — **Braxton Hicks**. Furthern Contribution to the clinical Knowledge

of puerperal diseases. *Trans. f. the obst.*, Soc. of Lond., T. 35. p. 408. — **Bullard**. Puerperal Infection in New-York City. *The N.-Y. J. of Gyn. a Obst.*, avril 1894, p. 399. — **Casey a Wood**. Puerperal panophtalmitis due to septic embolism. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 635. — **Cecil (John C.)**. Pernicious vomiting of pregnancy. *Med. Age*, Detroit, 1894, p. 234. — **Cioja**. *Lèsioni placentari in relazione con malatto renali della madre*, Genova, 1893. — **Cochrane**. A note on post-partum hæmorrhage. *The Lancet*, juin 1894, 1871. — **Davis**. The surgical treatment of puerperal sepsis. *Phila. Hosp. Rep.*, 1893, II, 116-122. — **Davis (E.)**. Fatal nausea and vomiting, with report of cases. *Medical News*, Philadelphie. 2 juin 1894, t. I, p. 597. — **Doléris**. Inflammation puerpérale. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynéc.*, Paris, 1894, p. 97; 145. — **Eliot (Llewllyn)**. The complications of the puerperal state. *Am. J. of Obst.*. mars 1894, p. 354. — **Gillis**. Observation d'un cas d'inertie utérine survenue après la dilatation complète. Application de forceps. Dégagement de la tête en O.S., déformation de cette dernière. *Gazette hebdomadaire*, Paris, 12 mars 1894, n° 19, p. 221. — **Gottschalk**. Zur Lehre von der Retroversio uteri gravidi. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, Hft 2, p. 358. — — **Guyot**. Evolution spontanée dans un cas de présentation de l'épaule droite, première position, avec procidences du cordon et du bras. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1894, XXVI, 119. — **Heagey (H. F. C.)**. Hydatidiform mole, report of a case. *Med. News*, N.-Y.. 1894, I, 381. — **Herman**. Six more case of pregnancy and labour with Bright's disease. *Transactions of the obstetrical Society of London*, janvier et février 1894, t. XXXVI, p. 9. — **Jaggard (W. W.)**. Notes on oligohydramnion. *The Cincinnati Lancent clinic.*, 7 avril 1894, p. 376. — **Jones (W. D.)**. Puerperal fever, complicated with embolic pneumonia and phlegmatia dolens, recovery, *Med. News*, Philad., 1894, I, 351. — **Jourdran**. *Des principales formes de septicémie puerpérale observées dans le service d'isolement de la Maternité de Pellegrin et de leur traitement*, Bordeaux, 1893. — **Kebbell**. Anasarca in the Puerperal State due to primary syphilis. *The Lancet*, mai 1894, p. 1181. — **Lomer**. Ueber künstlichen Abortus bei Allgemeinerkrankung der Mutter. *Frauenarzt Berl.*, 1894, IX, 1-40. — **Ludwig**. Ueber Veranderungen der Frauenmilch und des Colostrums bei Krankheiten der Wöchnerinnen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, Hft. 2, p. 342. — **Lusk**. Report of eight cases of placenta prævia. *Internat. J. Surg.*, N.-Y., 1894, VII, 66-69. — **Mills**. Neuritis and myelitis, and the forms of paralysis and pseudo-paralysis following labor. *Tr. Coll. Phys. Phila.*, 1893, 3 s., XV, 17-50. — **Mueller**. Zur Technik der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. *München med. Wchnschr.*, 1894, XCI, 63-65. — **Noble**. Acute puerperal cellulitis and True pelvic abscess. *Am. J. of Obst.*, avril 1894, p. 447. — **Oui**. De l'albuminurie gravidique comme cause de la mort du fœtus. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1893, XIV, 484; 602. — **Pilliet**. Etude sur l'avortement tubaire. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, janvier 1894, fascicule 1, p. 18. — **Puech**. De la légitimité de la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, Paris, 1894, p. 123. — **Reynolds**. A case of concealed accidental hæmorrhage during the first stage of labor, with recovery of mother under conservative treatment, *Boston M. & S. J.*, 1894, CXXX, 284. — **Rey**. Eclampsie puerpérale, guérison spontanée. *Courrier médical*, 16 avril 1894, p. 115. — **Riggs**. Induced labor as related to puerperal eclampsia.

Med. News, Phila., 1894, LXIV, 258-261. — **Rivière**. Conduite à tenir dans l'avortement. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1894, p. 246. — **Roncaglia**. Grave emorragia interna per distacco di placenta normalmente inscrita in donna da 15 anni sifilitica. *Rassegna di sc. méd.*, *Modena*, 1893, VIII, 410-425. — **Savigny**. Enfermedades del corazon y embaraza. *Arch. de Ginecol. Obstet. y Pediatria*, avril 1894, p. 160. — **Schuhl**. Rétroflexion de l'utérus gravide. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1894, XXVI, 115-119. — **Sears**. The treatment of pregnancy complicated by heart disease. *Boston M. T. S. J.*, 1894, CXXX, 253-256. — **Tate**. Rupture of the uterus. *The Cincinnati Lancet clinic.*, 19 mai 1894, t. XXXII, p 535. — **Urbain**. Erysipèle et septicémie puerpérale. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, n° 4, 1894, p. 93. — **Veil**. Zur Pathologie und Therapie der Blutungen unmittelbar nach der Geburt. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXVIII, H. 2, p. 210. — **Weiss**. Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 46, Hft. 2, p. 256. — **Wenning (W. H.)**. A case of fatal post-partum hemorrhage probably due to the administration of chloroform during labor. *The Cincinnati Lancet clinic.*, 1894, 24 mars, p. 313. — **Winter**. Puerperal eclampsia, its therapeutics. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mai 1894, p. 639.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Gaston**. *Curettage de l'utérus puerpéral.* Bordeaux, 1893. — **Kenneth Gunsolus**. Treatment of inevitable abortion. *The med. Age*, juin 1894, p. 334. — **Malengreau**. De certains avortements répétés traités par le massage. *Annales médico-chirurgicales*, mai 1894, n° 6, p. 81. — **Morse**. The use of certain antiseptics in midwifery. *Am. J. of Obst.*, avril 1894, p. 480. — **Peter Horrocks**. Intra-venny injection of saline solution in cases of severe hæmorrhage. *Trans. of the obst. Soc. of Lond.*, t. XXXV, p. 430. — **Ribot**. Contribution à l'étude du traitement de l'avortement embryonnaire. *Arch. de toc. et de gynécol.*, mai 1894, p. 345. — **Swiecicki**. « Abcès de fixation ». Fohier's bei der puerperal infection. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1894, VIII, 61-63. — **Tucker**. Management of the breasts and nipples before and during the puerperal period. *Medical Record*, New-York, 26 mai 1894, vol. 45, p. 649. — **Joffé**. Zur Indikation des künstlichen Aborts. *Frauenarzt. Berl.*, 1894, IX, 40-46.

VARIA. — **Boissard**. Statistique du service d'accouchements de l'hôpital de la Charité. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, Par., 1894, XXI, 33-37. — **Bonnaire**. De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la puerpéralité. *La Presse médic.*, mars 1894, p. 83. — **Chambers**. Abortion as a cause of disease of the pelvic organs. *The New-York Journal of gynecology and obstetrics*, mai 1894, t. IV, p. 525. — **Eichacker (H. F.)**. A rare case of spontaneous delivery after chloroform narcosis. *Med. Record*, N.-Y., 1894, I, 367. — **Lehmann**. Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Poliklinik der Kgl. Charité. *Berl. klin. Wochensch.*, n° 26, 1894, p. 601. — **Qœnner (Alfred)**. Das Verhältniss des Schädel der Mutter zu dem des Kindes. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXVIII, H. 2, p. 197. — **Worcester**. What might be done by the obstetrical Society to advance the training of nurses. *Boston med. and surg. Journ.*, 1894, t. I, p. 436.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Août 1894

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Par le Dr E. **Hernandez**.

La grossesse est considérée à juste titre comme une complication très grave du cancer utérin. Sous l'action de la gravidité, le néoplasme marche parfois avec une rapidité telle qu'un cancer qui ne faisait que de débuter et restait par conséquent justiciable de l'intervention, peut, en très peu de temps, devenir inopérable (1).

D'autre part, l'avortement ou l'accouchement très prématuré sont en pareil cas trop fréquents (2) pour qu'on soit

(1) BAR (thèse d'agrégation, 1893, p. 33) dit qu'on a vu des cas dans lesquels la tumeur, au début de la grossesse, donnait lieu à des symptômes si peu graves qu'elle n'était pas soupçonnée ; mais la grossesse survient tout à coup, des phénomènes douloureux apparaissent, la malade se plaint d'écoulements sanguins et ichoreux très abondants : rapidement l'état général qui, avant la grossesse était bon, devient mauvais ; en quelques mois, la malade arrive au degré le plus avancé de la cachexie et elle peut mourir avant que la grossesse se soit terminée. Exemples : le cas de Simpson (*Tr. Edinburg obstetrical Society*, 1879, v, p. 2), dont la malade épuisée succomba au quatrième mois de la grossesse ; et plusieurs autres, tels que ceux de Galabin (*Trans. of the obst. Soc. of London*, 1875, v. XVIII, p. 286) ; de Wiener (*Breslauer artzl. Zeitsch*, 1880) ; de Benicke (*Zeitsch. für Geb.*, t. I), etc., etc.

(2) D'après BAR (*loc. cit.*, p. 46), sur 131 cas, Herman trouve que 18 fois il y eut avortement ; 34 fois il y eut accouchement prématuré ; 23 fois il y eut

autorisé à retarder l'extirpation, lorsque le cancer est limité, sous prétexte de sauver le fruit. L'attente n'est pas à coup sûr, il s'en faut, salutaire à l'enfant ; Fritsch (1) insiste avec raison sur ce fait que le fœtus meurt souvent *in utero*, tandis qu'on attend le moment favorable à l'opération césarienne qui devait lui sauver la vie. Cette attente, par contre, est sans conteste préjudiciable à la mère ; nous le prouverons une fois de plus tout à l'heure, par de nouvelles observations.

Lors donc que le cancer est opérable, nous pensons avec Mackenrodt que, *quel que soit l'âge de la grossesse*, il faut pratiquer sans retard l'extirpation radicale. C'est la conduite actuellement préconisée dans le cancer de l'utérus à l'état de vacuité ; *a fortiori* doit-elle s'imposer dans le cancer à marche accélérée de l'utérus gravide.

Aussi bien cette intervention immédiate est-elle acceptée en principe (2). Malheureusement, lorsqu'il s'agit d'appliquer

---

accouchement à terme. Dans 56 cas, l'époque à laquelle se termina la grossesse n'est pas indiquée.

En ne tenant compte que des 75 faits dans lesquels on détermina la date à laquelle se fit l'accouchement, on voit que dans un tiers des cas à peu près, la délivrance aurait lieu à terme. Bar lui-même arrive à des conclusions différentes ; mais il ajoute : « Il ne faut attacher au résultat donné qu'une importance toute secondaire, car les faits publiés sont extrêmement disparates. »

(1) FRITSCH. *Traité clinique des opérations obstétricales*, traduit sur la 4e édition allemande, par Jules Stas, p. 230. Paris, 1892.

(2) POZZI. *Traité de gynécologie*, 2e édit., p. 426. Paris, 1892. — PIERRE DELBET. *Traité de chirurgie*, t. VIII. Paris, 1892), dit, p. 493 :

« Quand le cancer de l'utérus est compliqué de grossesse, les indications thérapeutiques sont très difficiles à établir. Le grand embarras est toujours de savoir qui on doit sacrifier, de la mère ou de l'enfant. On admet en général que, dans les cas où le cancer est nettement circonscrit, pour qu'on ait des grandes chances de guérir définitivement la mère, c'est l'enfant qu'il faut sacrifier. Dans les cas dits inopérables, c'est-à-dire ceux où l'opération radicale est impossible, la mère étant par là même irrévocablement condamnée, c'est de l'enfant seul qu'il faut se préoccuper. Il faut donc laisser la grossesse aller jusqu'à son terme, en se bornant à des soins palliatifs, qui ne compromettent pas son évolution. Au moment de l'accouchement, le traitement diffère suivant le degré et l'étendue des lésions. Il faut favoriser l'accouchement par les voies naturelles, tant qu'il paraît possible. Si le col

ces principes on assiste à un curieux phénomène que nous voudrions mettre en lumière

D'une part, en effet, les accoucheurs ne s'occupent guère que de ce qu'il convient de faire dans les cas de cancer du col, lorsque la viabilité du fœtus est largement assurée; encore, considérant pour la plupart la mère comme perdue, les modernes ne s'inquiètent-ils que du moyen le plus sûr de sauver l'enfant; quelques-uns seulement, à tempérament plus chirurgical, après avoir extirpé le corps de l'organe par l'opération de Porro, s'occupent de compléter l'hystérectomie par voie vaginale soit immédiatement, soit consécutivement (1).

D'autre part, les gynécologues conseillent et pratiquent l'extirpation totale en bloc ou par morcellement de l'utérus gravide pendant les trois premiers mois, alors que son volume ne s'oppose pas encore à son extirpation par la voie vaginale simple ou agrandie par les procédés connus.

Mais les cas compris entre le quatrième mois et l'époque de la viabilité fœtale assurée, qu'en fait-on ? C'est à peine si on les mentionne pour conseiller (et avec quelles réserves !) toute une sérié d'opérations, telles que :

L'hystérectomie par la voie pelvienne, après résection du coccyx et au besoin d'une partie du sacrum (2).

L'avortement provoqué suivi au bout de peu de temps d'hystérectomie vaginale (3).

---

ne peut pas se dilater, si tous les tissus pelviens sont durs, inextensibles, il faut recourir à l'opération césarienne. » Et c'est tout ce qu'il dit du traitement du cancer compliqué de grossesse dans son remarquable article : « Maladies de l'utérus ».

(1) PAUL ZWEIFEL. *Vorlesungen über klinische Gynäkologie*, p. 316 et suivantes. Berlin, 1892.

(2) KRASKE. *Verhandl. des* XIV[ten] *Kongr. der deutsch. Gesell. f. Chir.*, 1885. — J. HOCHENEGG. Die sacrale Methode, etc. (*Arbeit. und Iahresb. der ersten chirurg. Universitæts Klinik zu Wien.* Vienne, 1889, p. 13). — ROUX. De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée (*Corr. Blatt f. Schweiz. Aerzte,* 1889, t. XIX, p. 449, in POZZI, *loc. cit.*, p. 419).

(3) BOUILLY, in BERTHOD. *Gazette médicale de Paris*, 1886, n° 46.

L'opération césarienne suivie plus tard de colpohystérectomie (1).

L'opération de Porro avec reprise du moignon par le vagin (2).

Et l'on a soin d'ajouter que les cas de cancers encore limités d'un utérus trop développé pour n'être pas justiciable de l'hystérectomie vaginale sont « très rares » (3).

D'ailleurs, la plupart des opérations que nous venons d'indiquer n'ont été pratiquées qu'exceptionnellement, rarement plus d'une fois chacune, et ces observations solées et incomplètes ne peuvent servir de base à une discussion sérieuse, encore moins à une conclusion pratique.

En résumé, le cancer compliqué de grossesse n'est traité, ce qui s'appelle traité, que pendant les premiers mois, jusqu'au quatrième, ou pendant les deux derniers alors que la mère est condamnée. Encore est-on en droit de se demander si les gynécologues interviennent au début de la grossesse aussi fréquemment qu'on devrait s'y attendre, étant donnée la gravité de tout retard, quand on lit dans l'ouvrage très récent et très autorisé de Pozzi (p. 426, 2e édit.) qu'il est « impossible chez une femme atteinte de cancer de l'utérus de reconnaître une grossesse avant le

---

(1) Pozzi. *Loc. cit.*, p. 427.

(2) Zweifel. *Loc. cit.* — Péan, in Albert Ramon (Thèse Paris, 1893). L'auteur ne *parle pas* d'une façon directe de l'hystérectomie abdomino-vaginale appliquée à la femme enceinte atteinte de cancer alors que le volume de l'utérus est trop considérable pour être extrait par le vagin ; mais cette opération étant proposée au lieu de l'hystérectomie supra-vaginale et de l'extirpation de l'utérus par voie abdominale, nous croyons que, dans la pensée de l'auteur, l'extirpation de l'utérus gravide, après le quatrième mois, ne fera pas une exception.

D'après Doyen (extrait des *Arch. prov. de chir.*, 2e édit., 1893, p. 61) Péan pratiqua cette opération en 1886 et en 1887 ; et Doyen, lui aussi (*loc. cit.*), fit l'amputation supra-vaginale avec reprise du moignon par le vagin, en 1887, suivie d'insuccès, pour un cancer compliqué de grossesse de huit mois.

(3) Pozzi. *Loc. cit.* p. 427.

quatrième mois, car le volume du corps peut être légitimement attribué à une extension du néoplasme ».

Il est donc certain que le cancer des femmes enceintes qui ont dépassé le premier trimestre est, en pratique, abandonné à lui-même et pousse à volonté au grand détriment des mères (1) dont, d'après Herman (2), 40 sur 136 meurent de l'accouchement ou des suites. Les statistiques antérieures, dit Pozzi (3), sont encore plus mauvaises. Chantreuil comptait 25 morts sur 60 accouchées, West 41 sur 75. On peut deviner quel a été le sort des survivantes.

Et quel est le sort des enfants ? D'après Herman, sur 128 enfants de mères cancéreuses, la moitié seulement ont été expulsés ou extraits vivants. Combien en restait-il quelques semaines plus tard ? Mystère.

Enfin, que devient la grossesse quand le traitement n'est que palliatif ? Sur 120 femmes atteintes de cancer du col pendant la grossesse et traitées par Lever (4) à Guy's Hospital, 40 p. 100 ont avorté. Lorsque l'avortement n'a pas lieu, souvent le fœtus succombe *in utero* (Fritsch). Si le sixième mois est dépassé, dit Hanks (5), l'accouchement est souvent prématuré.

De tout ce qui précède, nous concluons, avec Mackenrodt, que dans tous les cas où l'intervention radicale est possible elle s'impose ; il faut enlever l'organe cancéreux sans s'occuper du fœtus qu'il contient, si ce dernier n'est pas viable au moment où le mal est reconnu.

---

(1) A MARTIN. *Maladies des femmes* (trad. par H. Varnier et F. Weiss, Paris, 1889) dit, p. 381 : « Lorsque le carcinome est compliqué de grossesse, l'extirpation totale n'est justifiée, à mon avis, qu'au cas où l'ablation complète de la tumeur est encore possible » ; il ajoute dans une note à la même page : « Je n'ai rencontré qu'une seule fois une complication de ce genre, et la femme se refusa à l'opération ».

(2) HERMAN. *London obst. Trans.*, 1878, t. xx, p. 234.

(3) POZZI. *Loc. cit.*, p. 377.

(4) GALLARD. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 981, Paris, 1879.

(5) HANKS. *Amer. J. of Obst.*, p. 242, 1888.

1° Pendant les trois premiers mois, l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale.

2° Lorsque le fœtus est viable (sept mois et demi), l'opération césarienne immédiatement suivie de l'extirpation totale de l'utérus et des annexes répond au desideratum formulé.

3° Et c'est sur ce point que j'insiste, *entre le quatrième et le septième mois et demi*, l'hystérectomie abdominale totale sera pratiquée sans retard. Nous appuyant sur les observations de Mackenrodt, nous soutenons que, même à sept mois, l'enfant étant vivant, il faut pratiquer l'extirpation totale de l'utérus et des annexes, sans se préoccuper de l'enfant; il faut agir pour la mère, car si, dans l'espoir de sauver l'enfant, on attend quinze jours afin d'assurer la viabilité de celui-ci, le cancer peut se propager au point d'empêcher l'intervention radicale.

Ce n'est que si le cancer est inopérable qu'il faut l'abandonner à sa marche naturelle, à moins d'hémorrhagies ou de souffrances insupportables, et régler sa conduite dans l'intérêt du fœtus.

Le procédé qui nous paraît préférable pour l'hystérectomie abdominale totale, est celui qu'a employé Mackenrodt dans les observations que nous rapporterons plus loin.

Mackenrodt part de ce principe qu'il est absolument nécessaire de ne pas inoculer, au cours des manœuvres, la plaie opératoire par les produits cancéreux. Sans cela, l'opération a beau être suivie d'un succès immédiat, elle dépose sur la plaie les éléments de la récidive locale. L'opération n'est bonne que si elle n'est pas suivie de récidive locale.

C'est pourquoi, lorsqu'on pratique l'hystérectomie vaginale dans les trois premiers mois, il est de toute nécessité d'enlever l'utérus et les annexes en entier, autant que possible sans évacuation préalable, sans morcellement, sans ouverture de l'organe : c'est-à-dire, commencer par l'extirpation des masses cancéreuses bourgeonnantes et faire l'occlusion consécutive du col au moyen de quelques ligatures avant de procéder à l'hystérectomie.

A partir du quatrième mois jusqu'à sept mois et demi, période de l'hystérectomie abdominale totale, il faut enlever l'utérus et les annexes sans en ouvrir le corps et après en avoir fermé le col pour éviter toute inoculation. Nos observations IV, V et VI, montrent qu'on obtient ainsi le plein succès demandé.

Ce n'est que si le fœtus est viable qu'il faut se résoudre à ouvrir l'utérus par la section césarienne ; mais là encore on réduira les chances d'inoculation à leur minimum en désinfectant et fermant le col au préalable, en attirant l'utérus hors du ventre pour l'inciser et en le refermant par une suture soigneuse avant d'en faire l'extirpation abdominale totale.

On a, en effet, constaté que l'hystérectomie supra-vaginale, l'amputation utéro-ovarique de Porro, n'enlevant que la partie non malade, il fallait une opération plus radicale, telle que celle conçue par Freund. Mais on connaît les mauvais résultats de cette opération qu'on dit à tort avoir été appliquée par Bischoff, le premier, à la femme enceinte atteinte de cancer utérin. D'après Berlin (1), cinq opérations sur des femmes à terme ont donné cinq morts opératoires ; deux opérations à six mois de grossesse, deux succès opératoires « sous bénéfice de récidives probables à brève échéance... ». Si nous ajoutons à ces cas un autre de Zweifel (2) sur une femme à terme, nous arrivons à huit opérations d'extirpation totale de l'utérus sur des femmes enceintes, dont six à terme ont donné six morts opératoires ; et deux à six mois de grossesse : deux succès opératoires. On trouvera, plus loin, sept des observations en question (3).

---

(1) BERLIN. *De l'opération césarienne. Méthodes et procédés d'exécution.* Paris, 1890, p. 99.

(2) ZWEIFEL. *Loc. cit.*

(3) La 8e observation est celle du professeur Fochier. Il s'agit d'une femme secondipare de 38 ans, avec carcinome utérin à marche rapide, en travail depuis 7 jours. Section césarienne. Extirpation totale de l'utérus par la méthode de Freund. L'opérée succomba de péritonite purulente le quatrième jour.

Les indications ainsi posées, je vais arriver à l'exposé du procédé employé par Mackenrodt dans les observations que je rapporte ci-dessous. Mais avant de commencer cette description, je dois dire que de tous les procédés connus d'hystérectomie vaginale totale, celui de A. Martin, me semble préférable, tel du moins qu'il le pratique aujourd'hui : sans le tube à drainage, et en empêchant au contraire toute communication entre la cavité péritonéale et le vagin, au moyen de sutures (1).

Les procédés de morcellement recommandés par Péan, par Muller et même celui décrit récemment par Doyen nous semblent devoir être absolument rejetés, car il est impossible, par ces procédés, de mettre la plaie à l'abri de la contamination par les produits cancéreux. De même, l'emploi de pinces à demeure offre le grave inconvénient de laisser une communication vagino-péritonéale, exposant par là l'opérée à une infection secondaire. Martin ferme la plaie depuis longtemps pour se mettre à l'abri des infections de ce genre.

Voici maintenant le procédé de Mackenrodt :

EXTIRPATION ABDOMINALE TOTALE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES. (*Procédé de* A. MACKENRODT.)

Le but systématiquement poursuivi par lui dans le traitement du cancer de l'utérus gravide, nous l'avons dit, est double : 1° enlever la totalité du néoplasme ; 2° empêcher la récidive *in situ*, en évitant la contamination de la plaie opératoire par les produits cancéreux (2).

Soins préparatoires par le vagin. — Au moyen d'une

(1) A. MARTIN. (Voir la troisième édition allemande qui vient de paraître).

(2) Nous croyons qu'on est en droit de se demander si, par ce moyen, on ne doit pas s'attendre à voir des guérisons définitives. Les statistiques actuellement connues sont très imparfaites de l'avis de tous, car, en général, elles manquent du contrôle histologique, et, ajouterons-nous, les opérateurs ne se sont pas préoccupés de soustraire la plaie à l'inoculation opératoire.

curette tranchante on fait l'abrasion des masses cancéreuses et la cautérisation avec l'appareil de Paquelin ; après quoi on isole, on enferme le foyer néoplasique à l'aide de quelques sutures de la plaie cervicale résultant de l'abrasion.

On fait immédiatement une antisepsie rigoureuse du rectum, du vagin et de la vulve, on vide la vessie et tout est prêt pour commencer l'hystérectomie abdominale. La malade a dû être purgée la veille.

Opération proprement dite. — La patiente est placée dans la position de Trendelenburg, d'autant plus favorable ici qu'on a souvent affaire à une femme anémiée.

La paroi abdominale étant aseptisée, on y pratique une incision médiane allant d'un point plus ou moins voisin de l'ombilic (suivant le volume de l'utérus), jusqu'au voisinage du pubis.

Le poids de l'utérus et au besoin des tractions exercées par l'opérateur à mesure qu'il est nécessaire, rapprochent des bords de la plaie abdominale les attaches cervicales du vagin, ce qui va d'une part, faciliter la suite de l'opération et, d'autre part, éloigner les uretères du champ opératoire.

Section des ligaments larges. — De chaque côté de l'utérus, rasant le bord de l'organe, embrassant le ligament large depuis son bord libre jusqu'aussi près que possible de l'insertion vaginale du col, on fixe une pince de Richelot afin de réaliser l'hémostase préventive et de faciliter le maniement de l'organe gestateur, le seul dont nous voulions nous occuper pour l'instant.

Les deux pinces sont confiées à l'aide qui va incliner l'utérus d'abord d'un côté, puis de l'autre, tandis que l'opérateur suturera le ligament large opposé ainsi bien exposé.

Cette suture sera faite de haut en bas, à l'aide de fils de catgut séparés, placés les uns à côté des autres et étagés depuis le bord libre du ligament large, en dehors des annexes, suivant une ligne courbe à concavité externe qui aboutit en bas au niveau de l'insertion du vagin, rasant alors le plus possible le bord de l'utérus, afin de ne point blesser l'uretère.

Chacun des fils, assez longs pour pouvoir par la suite être amenés à la vulve, est noué immédiatement, mais non coupé, et la partie du ligament comprise dans la ligature, sectionnée d'un coup de ciseau entre le fil et la pince de Richelot.

Lorsqu'on approche de l'artère utérine, il faut la reconnaître et la lier soigneusement ; on s'est comporté de même vis-à-vis des vaisseaux utéro-ovariens.

Lorsque les deux ligaments larges sont liés et sectionnés, il s'agit de séparer l'utérus du vagin.

Libération du col. — Pour ce faire un aide introduit une pince tire-balle dans le vagin, soulève avec cette pince le cul-de-sac antérieur auquel l'opérateur fait par le ventre une petite boutonnière à l'aide du bistouri prudemment porté sur la partie soulevée, fuyant la vessie qu'on peut rendre bien visible au besoin en la remplissant préalablement d'eau stérilisée.

Par la boutonnière ainsi faite, l'aide pousse la pince dont il écarte aussitôt les mors pour l'élargir.

L'opérateur, passant son index gauche par cette ouverture péritonéo-vaginale, suture par quelques points les bords de la plaie muqueuse et de la plaie du péritoine.

Il suture enfin et coupe successivement ce qui reste du ligament large de chaque côté du col, en ayant soin de bien serrer les fils ; puis le cul-de-sac de Douglas, qui n'offre plus qu'un pédicule mince et aisément accessible, est coupé et le péritoine suturé comme devant avec la muqueuse vaginale postérieure.

Si, au cours de ces différents temps, on est gêné par la tension des ligaments utéro-sacrés ou utéro-vésicaux, on les coupe entre deux ligatures.

L'utérus enlevé, on réunit en un faisceau tous les fils de la suture des ligaments larges et de la brèche vagino-péritonéale et, au moyen d'une pince introduite par la vulve et le vagin dans la cavité du péritoine, on les amène dans le vagin pour attirer vers ce canal toute la surface cruentée. Pardessus le tout, on ferme le péritoine par une suture en surjet.

Si, comme cela arrive assez souvent, on ne peut attirer dans le vagin les surfaces de section des ligaments larges, on coupe tous les fils courts et on suture le péritoine pardessus.

Ce dernier temps de l'opération, séparation de la surface cruentée et des fils d'avec la cavité péritonéale est, avec la préparation de la femme, le plus sûr garant du succès.

Enfin on suture la paroi abdominale. Les fils vaginaux sont coupés non loin de la vulve, afin qu'ils fassent l'office de drains et on tamponne le vagin à la gaze iodoformée.

Les deux ou trois premiers jours il y a une sécrétion abondante ; mais la déclivité, le drainage, et surtout l'isolement de la cavité péritonéale et du vagin rendent impossible l'infection secondaire.

Telle est l'opération de Mackenrodt, toujours possible et généralement facile, ainsi que nous avons pu nous en convaincre de visu. Elle est applicable non seulement aux cas spécialement visés par nous, mais encore à ceux où la viabilité du fœtus commande l'opération césarienne préalable. Il faut seulement s'occuper de réduire au minimum les chances d'inoculation en ponctionnant les membranes par le vagin dans le premier temps de l'opération, pour permettre l'évacuation du liquide amniotique, inciser l'utérus hors du ventre (Muller) et après extraction du fœtus suturer largement avant de procéder à l'hystérectomie.

Faut-il insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce ? Après les travaux si connus de Ruge et Veit cela semblerait inutile ; pourtant en tenant compte de l'abandon complet dans lequel se trouvent un grand nombre de femmes enceintes atteintes de cancer utérin, on admettra qu'il faut encore attirer l'attention sur ce point toutes les fois qu'on parle de cette grave question. Nous croyons ne pas être exagéré en disant qu'on doit *chercher le cancer utérin chez les femmes enceintes ; en présence du moindre soupçon, le microscope devra être mis à contribution.*

A. — OBSERVATIONS DE MACKENRODT. *Cancer du col compliqué de grossesse* (1).

OBS. I. — Femme mariée, 33 ans; a eu son dernier enfant il y a quatre ans. Cet accouchement a été suivi d'inflammation chronique du col (catarrhe cervical). Elle est aujourd'hui dans le septième mois de sa septième grossesse et vient consulter parce qu'elle a des hémorrhagies depuis cinq semaines. Examen par M. Mackenrodt : grossesse de sept mois compliquée de carcinome cervical. On cherche à sauvegarder la vie de l'enfant et on pratique le tamponnement du col qui arrête l'hémorrhagie dans les premiers moments; mais quelques jours après les contractions de l'utérus recommencent en donnant lieu à l'accouchement prématuré.

L'enfant, né vivant, succombe quelques jours après. Pendant l'accouchement le col s'est déchiré et on fait le raclage des masses carcinomateuses après ligature temporaire de l'artère utérine. Au bout de trois mois, la femme meurt et à l'autopsie on trouve que le cancer avait envahi le foie.

OBS. II. — Femme mariée, âgée de 36 ans, multipare; avait eu son dernier enfant deux ans avant le moment de la consultation. Elle vient consulter pour des hémorrhagies répétées depuis deux mois. Examen par M. Mackenrodt : grossesse de six mois environ, cancer du col très étendu, la femme très anémique. Renseigné par le cas précédent, on fait l'abrasion des masses du néoplasme sur-le-champ. Six semaines plus tard, l'hémorrhagie recommence, et on est forcé de faire un nouveau raclage des masses carcinomateuses suivi du tamponnement de la cavité du cancer. Au bout de quelques jours après cette intervention se fait l'expulsion spontanée d'un fœtus mort-né; la femme meurt deux mois plus tard.

OBS. III. — Femme mariée, âgée de 26 ans, enceinte pour la troisième fois. Elle a eu son dernier enfant à l'âge de 21 ans et demi c'est-à-dire il y a 4 ans et demi. A l'examen fait par M. Mackenroldt, on trouve qu'elle a de fortes douleurs dans le ventre, et une hémorrhagie considérable depuis huit jours. Elle est enceinte de deux mois environ et atteinte de carcinome de la

(1) Dans tous les cas on a fait l'examen histologique.

lèvre postérieure du col. Elle avait eu ses règles très régulièrement jusqu'au moment de la grossesse en question; l'hémorrhagie n'était pas la conséquence du cancer mais d'un avortement, car il y avait rétention d'une partie de l'œuf. Traitement : curettage pour obtenir la rétraction plus complète de l'utérus et rendre ainsi plus facile l'hystérectomie vaginale pratiquée séance tenante. Convalescence facile : un an après l'opération la malade se trouve très bien.

Obs. IV. — Femme de 34 ans; elle a eu quatre enfants et deux avortements, dont le dernier il y a un an; on pratiqua un curettage et on enleva une partie de l'œuf, la femme ayant bien guéri d'après ce qu'elle dit. — Six mois après, ses règles redeviennent normales pendant deux mois; depuis quatre mois, elle a des *hémorrhagies permanentes;* son médecin l'a traitée pour une endométrite hémorrhagique (sans même soupçonner une grossesse) avec des injections d'eau chaude et au moyen de tamponnement. L'examen pratiqué par M. Mackenrodt, le 1er août 1890, donne : femme très anémique (pouls presque introuvable), très pâle et enceinte de six mois; grossesse compliquée d'un carcinome cervical. Opération : transfusion de chlorure de sodium, curettage du cancer du col (les annexes étaient libres, sans chloroforme) et suture du reste des lèvres par quelques fils séparés; après quoi, désinfection parfaite et extirpation totale de l'utérus et des annexes par laparotomie. La femme tomba en collapsus de courte durée; elle revint à elle, et, après l'opération, elle se trouvait bien malgré son état de faiblesse. Le lendemain, le collapsus reparaît, et malgré une transfusion, la femme succombe. L'autopsie accuse une anémie profonde de tous les organes.

Obs. V. — Femme mariée, actuellement enceinte pour la quatrième fois; deux ans se sont écoulés depuis son dernier accouchement; ses règles ont été régulières jusqu'à il y a cinq mois. Il y a huit semaines qu'elle perd beaucoup, ainsi qu'on peut le voir par son affaiblissement· Examen : Grossesse de cinq mois et cancer du col. Opération : au mois de juin 1892, curettage du cancer, cautérisation de la plaie et laparotomie pour extirper l'utérus et les annexes. Convalescence magnifique, sans le moindre accident. Au mois de février 1893, l'opérée est trouvée très bien.

Obs. VI. — Femme de 35 ans, mariée depuis huit ans, a eu trois enfants à terme et un avortement il y a deux ans et demi. A la suite de cet avortement, catarrhe chronique du col utérin — écoulement et douleurs dans le ventre. Malgré ces souffrances, les règles étaient régulières, jusqu'à il y a six mois. Cinq semaines après la dernière apparition des règles, elle eut des hémorrhagies, surtout après chaque coït.

Le médecin appelé en consultation trouve une ulcération qu'il cautérise pendant deux mois avec le nitrate d'argent; mais les hémorrhagies se montrèrent plus graves, chaque fois plongeant la malade dans un état de profonde anémie. Le Dr Mackenrodt appelé, trouve une grossesse de six mois, compliquée de cancer très étendu du col, mais sans envahissement des tissus avoisinant l'utérus qui reste libre et mobile.

En novembre de l'année 1891, on fait l'ablation des masses cancéreuses du col, on cautérise avec l'appareil de Paquelin et on fait l'occlusion du col au moyen de ligatures. Désinfection du vagin par l'alcool et par le sublimé, et extirpation totale de l'utérus et des annexes par la méthode de Mackenrodt. Durée de la laparotomie, 48 minutes.

La femme quitte l'hôpital le vingt et unième jour, après une convalescence très bonne. Température à son entrée, 36°. Le premier et le deuxième jour après l'opération 38°,2 et 38°, et, à partir de ce moment, température normale. Pendant les premiers mois qui suivent l'opération, l'opérée se trouve très bien. Vers le cinquième mois, elle commence à souffrir de douleurs intestinales, et au septième mois, le docteur qui soigne la femme fait appeler Mackenrodt, car la malade est atteinte d'iléus. Mackenrodt confirme le diagnostic d'iléus ; l'état de la femme est grave, elle est faible et en collapsus ; transportée à l'hôpital et opérée le même jour, par laparotomie, on trouve une tumeur localisée dans une partie des intestins, qui présentait la couleur feuille morte. Mackenrodt enlève toute la portion malade des intestins et fait un anus contre nature. La femme a supporté très bien l'opération, mais la partie supérieure de l'intestin (duodénum) était insuffisante pour servir à la nutrition, et la malade a succombé le septième jour après l'opération.

Autopsie totale : rien n'indiquait la reproduction du cancer au niveau de l'ancienne cicatrice ni dans son voisinage ; il n'y avait

aucune autre trace de cancer dans le cadavre, en dehors de la partie intestinale enlevée.

Ce cancer était-il une métastase ou bien existait-il parallèlement avec le cancer du col, opéré sept mois auparavant ?

B. — Observations antérieurement publiées.

a) *Extirpation totale de l'utérus gravide par voie abdominale, d'après la méthode de Freund.*

Spencer Wells. *Med. Chir. Transact.* London, 1882. — Il s'agissait de la femme d'un fermier, âgée de trente-sept ans, enceinte de six mois de son sixième enfant et atteinte d'épithélioma du col. Elle vint me trouver le 5 octobre 1881. Seize mois auparavant, elle avait donné naissance à un enfant, l'avait nourri pendant trois mois, s'était affaiblie. Puis il était survenu un écoulement vaginal très gênant. Cependant elle devint de nouveau enceinte, avorta à six semaines vers la fin de 1880, et ses règles revinrent en mars, avril et mai 1881. La date de la dernière conception était douteuse ; cependant on calcula qu'elle était enceinte du mois de mai.

La première fois qu'elle vint me voir, elle sentait parfaitement les mouvements du fœtus, le ballottement était très distinct et on pouvait entendre les bruits du cœur fœtal. Le col de l'utérus était long et hypertrophié. Le museau de tanche laissait pénétrer le doigt à $0^m,025$ et le canal cervical était englobé par une masse épithéliomateuse qui avait renversé les lèvres du col et faisait saillie dans le vagin. Dans des consultations antérieures, on avait proposé de provoquer l'avortement et d'amputer le col malade, mais la maladie me semblait si nettement limitée au col que le raclage des tissus malades, suivi d'une application de chlorure de zinc pourrait permettre à la grossesse de suivre son cours. On se décida à adopter cette manière de faire. Cependant, quelques jours plus tard, la malade était tellement abattue et souffrante et l'écoulement vaginal était tellement augmenté que l'on fit appeler le Dr Graily-Hewitt et moi, afin de voir quelle conduite il fallait tenir. Nous trouvâmes qu'il valait mieux enlever tout l'utérus et son contenu ; c'est ce que je fis le 21 octobre.

La malade fut placée comme pour l'ovariotomie ; mais, comme il était indispensable de conserver une sonde dans la vessie, on pratiqua pour cela une ouverture spéciale dans le linge imper-

méable qui recouvrait la patiente. Le vagin fut tamponné avec du citron thymolé, imbibé d'eau chaude phéniquée à un centième. Je divisai la paroi abdominale sur la ligne médiane, sur une étendue de $0^m,20$, depuis $0^m,05$ au-dessus de l'ombilic jusqu'au $0^m,15$ au-dessous. L'utérus ainsi mis à nu était environ aussi gros qu'une tête d'adulte.

Après l'avoir amené au dehors, je plaçai quatre sutures à la partie supérieure de la plaie, par-dessus une grande éponge plate, afin de repousser les intestins en arrière et de protéger l'abdomen contre le refroidissement produit par le spray. J'ai trouvé les ovaires plus haut et plus près du fond que je ne m'y attendais. Il fut très facile de lier l'artère utéro-ovarienne, d'abord à gauche, puis à droite, en transfixant le ligament large au-dessous de chaque ovaire, et en le liant avec de la soie forte. Je me servis du cathéter comme guide pour disséquer la vessie et la détacher de la face antérieure de l'utérus. Les tuniques de l'utérus étaient très minces, ressemblaient à celles d'un kyste tendu, et ne tardèrent pas à se rompre accidentellement. Je ponctionnai les membranes qui faisaient saillie, et il s'écoula une certaine quantité de liquide amniotique. Il s'agissait alors de retirer le fœtus, de lier et de couper le cordon ; je ne m'occupai pas du placenta. Je séparai ensuite l'insertion du vagin à l'utérus, en sectionnant circulairement, et j'appliquai une pince à forcipressure sur tous les vaisseaux qui saignaient. L'utérus en entier, avec toutes les parties malades qui entouraient le col, fut alors enlevé. On retira successivement toutes les pinces et tous les vaisseaux furent liés avec la soie phéniquée ; puis, retirant les tampons vaginaux, je réunis les bords de l'ouverture vaginale et les bords des ligaments larges divisés, avec des sutures de soie. Le bassin fut soigneusement nettoyé, la plaie fermée comme d'habitude, et on fit le même pansement que pour l'ovariotomie.

La malade resta sous l'influence anesthésique pendant environ 75 minutes ; mais l'opération ne dura qu'une heure, depuis le premier coup de bistouri jusqu'à l'occlusion complète de la plaie.

Voici la durée de chaque phase de l'opération

2 h. 41. Cathétérisme et tamponnement vaginal.

2 h. 50. Incision de la paroi abdominale.

2 h. 53. L'utérus est amené au dehors.

2 h. 56. Application des sutures à la partie supérieure de la paroi abdominale, division des ligaments larges et du vagin, extraction du fœtus et application de pinces sur les vaisseaux jusqu'à ce que :

3 h. 10. On enlève l'utérus.

3 h. 40. Ligature des vaisseaux et application des sutures du vagin et des ligaments larges.

3 h. 50. Occlusion de la plaie et pansement.

3 h. 55. La malade est replacée dans son lit.

L'utérus et ses annexes pesaient 750 grammes non compris le fœtus et mesuraient 0m,15 de long.

La partie supérieure ne présentait rien d'anormal. En avant, immédiatement au-dessous de la ligne de réflexion du péritoine sur la vessie, se trouvait une plaie horizontale de 0m05, de large communiquant avec la cavité utérine.

De chaque côté, on pouvait voir le bout des artères coupées qui pénétraient dans l'utérus à sa partie latérale et inférieure entre les revêtements péritonéaux antérieur et postérieur. Le museau de tanche était complètement entouré par une excroissance en chou-fleur qui avait envahi le tissu cellulaire à droite du col. La portion de la paroi vaginale enlevée formait une frange complète, mais très étroite, autour de la tumeur. Examinée au microscope, cette production présentait tous les caractères de l'épithélioma. L'ovaire droit contenait un volumineux corps jaune de grossesse; l'ovaire gauche renfermait deux corps jaunes en état d'atrophie; le stroma était normal et ne présentait pas trace de follicules dilatés.

Le fœtus pesait 670 gr., c'est-à-dire 80 gr. de moins que l'utérus avec ses annexes; il avait 0m,28 de long et était très bien constitué; ses paupières étaient accolées l'une à l'autre, ses ongles n'allaient pas jusqu'au bout des doigts.

Le cordon avait 0m24 de long. Il est donc probable que ce fœtus était âgé de six mois et une semaine.

Guérison opératoire. L'opérée se lève le vingt-huitième jour.

Six mois après, examen par Spencer Wells qui trouve une induration suspecte dans la cicatrice vaginale.

(A suivre).

OPÉRATIONS CÉSARIENNES MULTIPLES

Par **M. Guéniot** (1).

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie deux jeunes femmes, Jeanne N... et Eugénie R..., sur lesquelles j'ai dû pratiquer quatre fois l'opération césarienne, deux fois sur chacune d'elles. Par une curieuse coïncidence, chez toutes deux, la seconde grossesse atteignit son terme presque à la même date. Aussi les deux opérations qui s'ensuivirent eurent-elles lieu à peu de jours d'intervalle, le 21 mai dernier chez l'une, et le 28 mai chez l'autre. Leurs suites furent des plus simples, et la santé des deux femmes promptement rétablie.

La première césarienne de l'une remonte au 14 janvier 1891, et celle de l'autre, au 17 décembre 1892 ; ce qui représente, pour Jeanne, un intervalle de trois ans quatre mois et sept jours entre ses deux opérations, et pour Eugénie, seulement un intervalle de dix-sept mois et onze jours.

Les quatre enfants issus de ces diverses opérations naquirent vivants. Le premier est une petite fille actuellement âgée de trois ans et demi et qui, sous tous les rapports, s'est parfaitement développée.

J'ai présenté le second (également une fille) ici même, dans la séance du 31 janvier 1893, en notant que sa conformation offrait certains traits du rachitisme congénital. Il était alors âgé de six semaines.

Quant aux deux derniers nés, ils sont l'un et l'autre en bonne voie de développement ; ce sont deux garçons qui, à leur naissance, pesaient chacun près de 3,000 grammes. L'un est aujourd'hui âgé de quarante-trois jours, et l'autre de trente-six jours. Celui-ci, fait curieux à mentionner, présente comme sa sœur des traits accusés de rachitisme héréditaire.

---

(1) Communication à l'Académie de médecine, 3 Juillet 1894.

Les mères, ainsi qu'on peut le voir, sont de très petite taille et contrefaites. L'une d'elles, Eugénie R..., est même une véritable naine, car elle ne mesure que $1^m,15$. Toutes deux portent les stigmates d'un rachitisme très intense. Chez l'une et chez l'autre, le bassin est profondément vicié; celui de la naine offre à peine 4 centim. dans son diamètre antéro-postérieur. C'est en raison de ces viciations que, dans les quatre grossesses sus-indiquées, j'ai cru devoir intervenir par l'opération césarienne.

L'histoire de ces accouchements présente d'intéressants détails que je me réserve de faire bientôt connaître. Pour aujourd'hui, qu'il me suffise de mentionner les quelques points suivants :

1° Préférant choisir le jour et l'heure de mon intervention, c'est vers la fin de la grossesse et sans attendre l'apparition du travail, que je me décidai à opérer.

2° Trois fois sur quatre, je rencontrai le placenta sous mon bistouri, ce qui occasionna, pour chacune des trois opérations, une perte d'environ 500 grammes de sang. Dans le quatrième cas, au contraire, l'hémorrhagie fut de médiocre importance. Il s'agissait cette fois de la seconde césarienne d'Eugénie R...

3° Chez cette jeune femme (la naine), je retrouvai tout à fait intacts, au cours de la seconde opération, les points de suture utérine que j'avais établis dix-sept mois et onze jours auparavant, lors de la première césarienne (17 décembre 1892).

4° On sait qu'en vue de soustraire la femme aux dangers éventuels d'une nouvelle grossesse, une certaine pratique consiste à faire suivre l'extraction de l'enfant, soit de l'amputation utéro-ovarique, soit de la ligature des trompes. D'après l'exposé qui précède, on a pu voir que, dans aucun cas, je n'ai suivi de tels errements; sans quoi, les deux enfants derniers nés n'auraient jamais vu le jour. Du reste, à ces deux exemples je puis en ajouter un troisième qui n'est pas moins significatif.

L'Académie n'a peut-être pas oublié que, le 9 février 1892, j'eus l'honneur de lui présenter, avec son enfant, une femme que j'avais opérée de la césarienne trois mois auparavant. Il s'agissait d'une femme qui, très gravement atteinte d'ostéomalacie au moment de son accouchement, se trouvait complètement guérie trois mois plus tard; et cela, quoique je n'eusse touché ni à ses ovaires, ni à ses trompes. Or, cette femme redevint bientôt enceinte, sans que le ramollissement des os reparût. Le 23 juin 1893, cette nouvelle grossesse étant heureusement parvenue à terme, je pus extraire — cette fois à l'aide de la symphyséotomie — un enfant aussi bien portant que l'était son aîné, le césarien. Et la mère se rétablit promptement de cette symphyséotomie comme, dix-neuf mois auparavant, elle s'était rétablie de la césarienne tout en gardant son utérus et ses ovaires.

Comparée aux procédés mutilateurs, la méthode conservatrice montre donc ici une incontestable supériorité.

DES CONDITIONS QUI RÈGLENT LE PASSAGE DES MICRO-ORGANISMES AU TRAVERS DU PLACENTA

Par **MM. Charrin** et **Duclert** (1).

Dans la séance du 9 juin dernier, nous avons montré que si l'on intoxique des femelles avec les poisons microbiens, malléine, tuberculine, toxines pyocyaniques, on facilite considérablement le passage des micro-organismes au travers du placenta.

Les tissus des fœtus, chez les animaux à la fois infectés et intoxiqués, fournissent des cultures infiniment plus abondantes et plus riches en matières pigmentaires que les organes des embryons des sujets simplement infectés.

Ces recherches devaient nous conduire à étudier l'influence des autres poisons, à voir ce qui se passe, lorsqu'on fait

(1) Soc. de Biologie, 7 juillet 1894

pénétrer dans l'organisme des substances qui, telles que l'alcool, le plomb, le mercure, proviennent du monde extérieur, ou celles qui, dans certains cas, dérivent de la vie de nos cellules, comme l'acide lactique.

En réalisant ces diverses intoxications, on se rapproche des conditions de la clinique, car, chez la femme, les professions, les excès, les vices de nutrition, peuvent faire apparaître dans l'économie ces différents principes, de même que les affections microbiennes y déterminent la présence des toxines.

Il suffit de rapporter quelques expériences, pour que l'on puisse aisément juger de l'importance de ces empoisonnements dans la question étudiée.

Exp. I. — Le 13 juin, deux femelles de cobayes reçoivent, en injection sous-cutanée, un demi-centimètre cube d'alcool absolu ; deux autres cobayes, un centimètre cube d'une solution aqueuse d'acide lactique à 50 p. 100. — Ces quatre premiers animaux, et un cinquième servant de témoin, sont ensuite inoculés avec 3 centimètres cubes de culture en bouillon du bacille pyocyanogène.

Les deux premiers sujets sont seuls trouvés vivants le 14 juin. — Ils sont sacrifiés et leurs fœtus, ainsi que ceux des animaux ayant succombé, sont employés à ensemencer des tubes de gélose. — Ces tubes donnent, le lendemain, des cultures, à l'exception cependant de celui du témoin et de celui d'un des sujets légèrement intoxiqués par l'alcool.

Exp. II. — Le 17 juin, l'expérience précédente est répétée avec cinq autres cobayes.

Le lendemain, tous les animaux sont trouvés vivants. — Ils sont mis à mort. Des tubes d'agar sont ensemencés avec les tissus de leurs fœtus. — Seuls, les fœtus des cobayes soumis à l'action de l'acide lactique et de l'alcool ont fourni des cultures abondantes.

Exp. III. — Le 26 juin, deux cobayes reçoivent, sous la peau, un demi-centimètre cube d'une solution aqueuse de sublimé corrosif à 1 p. 1000.

Ces deux premiers animaux, et un troisième, devant servir de

témoin, sont inoculés avec 3 centimètres cubes d'une culture en bouillon de bacille pyocyanogène.

Le lendemain, ces animaux sont tués. — Les tubes de gélose ensemencés avec les tissus de leurs fœtus sont restés stériles.

Exp. IV. — Le 2 juillet, deux femelles de cobayes en gestation reçoivent, en injection sous-cutanée, un demi-centimètre cube d'une solution aqueuse d'acétate neutre de plomb à 1/20 ; deux autres cobayes, 1 centimètre cube d'une solution aqueuse de chlorure mercurique. Ces animaux, et un cinquième, le témoin, sont ensuite inoculés à l'aide d'une culture du bacille du pus bleu.

Le 3 juillet, ces sujets sont vivants. — Ils sont sacrifiés. — Des tubes de gélose sont ensemencés avec les tissus de leurs embryons. — Les fœtus d'un des animaux inoculés avec le sublimé, ceux d'une des femelles soumises à l'influence du plomb et ceux du témoin n'ont pas fourni de culture; les autres ont donné des pigments.

Les conclusions se tirent d'elles-mêmes.

Il reste à déterminer le mécanisme qui permet le passage des micro-organismes au travers du placenta des animaux intoxiqués. — Ces recherches se rattachent à d'autres expériences que nous poursuivons actuellement, comme les précédentes, au laboratoire du professeur Bouchard. — Pour le moment, nous nous contenterons de dire que ces poisons agissent plutôt sur les cellules de l'organisme que sur le virus lui-même.

Rappelons, en terminant, que, dans une première Note nous avons estimé que des reins ou un placenta normaux, l'exemple de filtres en porcelaine parfaits, étaient imperméables aux germes. Nous avions en vue des expériences de courte durée ; cette restriction est nécessaire, car nous pensons, avec MM. Galippe et Bourquelot, que les membranes filtrantes, au bout d'un certain temps, se laissent pénétrer.

REVUE CLINIQUE

SYMPHYSÉOTOMIE D'URGENCE, PRATIQUÉE EN VILLE

Par le Dr **Wallich**, chef de clinique obstétricale à la Faculté.

On a accusé la symphyséotomie d'être une opération difficile, qui ne saurait être exécutée dans la pratique, en dehors du luxe d'assistance et d'instruments, que l'on peut trouver dans une maternité. Il est donc intéressant de publier les faits, qui démontrent que la symphyséotomie peut être pratiquée, loin d'une salle d'opération, avec les instruments d'une trousse, et un nombre d'aides restreint.

Le dimanche 27 août 1893, le Dr Tollmer (de Neuilly) me priait de venir voir une de ses clientes Vpare à terme, en travail depuis deux jours.

C'était le dimanche. Les premières contractions douloureuses avaient eu lieu le vendredi précédent, 25 août. Le samedi, les douleurs étaient devenues plus fréquentes et plus énergiques, le col s'était effacé et la dilatation avait progressé lentement pendant la nuit du samedi au dimanche. Le dimanche matin à sept heures, alors que la dilatation du col présentait les dimensions d'une pièce de 5 francs, la poche des eaux s'était rompue spontanément, laissant écouler un liquide amniotique coloré en vert par du méconium.

La tête restait très élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur, sans aucune tendance à l'engagement.

J'arrive auprès de Mme D... à onze heures du matin. Je trouve une femme de taille moyenne, plutôt petite, grasse, dans un état d'excitation très grande. Les douleurs ont été très fréquentes, très énergiques, pendant toute la nuit ; la dilatation présente les dimensions d'une petite paume de main. Le fœtus est volumineux, la tête est maintenue au détroit supérieur. Les battements du cœur de l'enfant sont normaux.

Mme D... est âgé de 32 ans. Elle est au terme de sa cinquième grossesse.

La première grossesse s'est terminée spontanément à terme

après douze heures de travail par la naissance d'une fille vivante en présentation du sommet, pesant 1,750 gr., et qui mourut à l'âge de treize mois.

La deuxième grossesse fut terminée à deux mois et demi par un avortement.

La troisième grossesse se termina spontanément, après une heure et demie de travail, par la naissance à terme d'une fille de 2,250 gr. qui vit encore aujourd'hui et a quatre ans et demi.

Au terme de la quatrième grossesse, après quarante-huit heures de travail, MM. les Drs Lafage et Cayla pratiquèrent une application de forceps au détroit supérieur, et purent extraire vivant un enfant qui vit encore, âgé aujourd'hui de deux ans et demi ; il présente des courbures rachitiques des membres inférieurs.

D'après les renseignements que m'a fournis au sujet de ce dernier accouchement, le Dr Lafage, le fœtus était placé en occipito-iliaque droite transversale, l'engagement de la tête était nul, malgré des douleurs régulières et très intenses pendant les six dernières heures. On fit une application de forceps oblique au détroit supérieur et, après des tractions énergiques pendant quarante minutes environ, la parturiente étant anesthésiée, on parvint à extraire vivant un enfant du poids de 3,200 à 3,300 gr. Les suites de couches furent normales.

Enfin la grossesse actuelle, la cinquième, était à terme, elle s'était passée sans incidents.

On peut remarquer dans l'histoire de ces antécédents, que les enfants dans les grossesses successives avaient été de plus en plus volumineux, et que les difficultés de l'accouchement avaient été en croissant avec le volume des enfants.

L'examen du bassin par le toucher mensurateur m'apprit à ce moment que la face antérieure du sacrum était accessible, mais je ne pus avec mes doigts atteindre le promontoire masqué par le pariétal antérieur de la tête non engagée, cette tête ayant l'inclinaison asynclitique de Nægele (attitude exceptionnelle).

Ce pariétal était rendu encore plus saillant par une bosse séro-sanguine assez volumineuse, mais qui n'empêchait pas de sentir la suture sagittale dirigée transversalement et située près de la partie postérieure du bassin. L'examen général du squelette ne dénotait aucune altération rachitique, Mme D... n'avait pas eu de retard ni d'arrêt dans la marche.

Telles étaient les conditions dans lesquelles le dimanche 27 août,

à onze heures du matin, nous prîmes, le Dr Tollmer et moi, la décision d'attendre.

Attendre quoi? Que la dilatation de l'orifice du col se complétât, et aussi afin de voir si l'engagement de la tête ferait quelques progrès.

J'utilisai le temps de l'attente à envoyer chercher un bistouri droit et un bistouri boutonné, des pinces à forcipressure, du plâtre et de la tarlatane, et enfin l'écarteur à cadran, destiné à mesurer l'écartement des os, instrument dont à la rigueur j'aurais pu me passer.

A deux heures, la dilatation est complète, je fais placer la parturiente sur une commode, les cuisses relevées, son siège répondant au bord d'un des côtés du meuble. Je suis assisté par les Drs Tollmer et Legrand, Mme de Signorino, sage-femme, et le mari, qui tient une des cuisses. On commence l'anesthésie, je pratique la toilette des organes génitaux, je rase le pubis. Malgré le toucher manuel, grâce au développement plus considérable de la bosse séro-sanguine, qui me masque à ce moment la suture sagittale, je crois constater un certain degré de redressement de la tête inclinée sur son pariétal antérieur en O.I.D.T., et un début d'engagement, J'applique le forceps au détroit supérieur, je fais une prise régulière, les cuillères placées sur les régions pariéto-malaire, et je tire... mais je l'avoue, sans conviction, assez pourtant pour me rendre compte que je n'ai provoqué aucun engagement de la tête, et assez aussi pour craindre de l'avoir déjà fracturée. Je cesse les tractions et j'ausculte. Les battements du cœur du fœtus sont normaux. Il n'y a donc plus d'hésitation possible, ou broyer le fœtus vivant, ou sectionner la symphyse. Je laisse le forceps en place. J'incise la peau du pubis et les tissus sous-jacents, j'attaque avec la pointe du bistouri la face antérieure de la symphyse, je sectionne au niveau de son bord supérieur les fibres aponévrotiques, suffisamment pour introduire mon doigt derrière la symphyse, et je continue très rapidement et très facilement au bistouri boutonné la section du cartilage et du ligament sous-pubien.

La section terminée, je provoque un écartement préalable de 4 centim. et je tire; sentant de la résistance, je fais porter l'écartement à 5 centim. et demi, la tête descend alors avec la plus grande facilité. Avant d'opérer l'extraction à travers le détroit

inférieur et le bassin mou, je fais rapprocher les os écartés, suivant le conseil du Dr Varnier, de façon à éviter de présenter aux parties molles transversalement étirées, les grands diamètres longitudinaux de la tête.

L'enfant est vivant, c'est un garçon de 3,810 gr. après avoir perdu son méconium. Les diamètres de la tête mesurent :

O.M. = 14	B.P. = 9,4
O.F. = 12,1	B.T. = 8,2
S.O.B. = 9,9	
S.O.F. = 11,6	

Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée pendant que je procède à la délivrance, puis à l'injection intra-utérine. Je place une mèche de gaze iodoformée dans le vagin, et je pratique la suture. J'entoure le bassin d'une ceinture plâtrée maintenue par une courroie. La femme est laissée sur sa commode; on la cale sur tous les points où elle déborde le meuble.

Les suites de couches, ne présentèrent aucun accident.

L'opérée, après avoir passé sans dormir la nuit qui suivit son opération, eut une température de 38°,3 et de 38°,2 le cinquième jour, qui s'abaissa le soir même, après l'administration d'un lavement purgatif.

La femme urina spontanément le lendemain de l'opération.

Il y eut, comme cela arrive fréquemment, un peu d'œdème des grandes lèvres qui parut le mardi matin 29 septembre.

Le cinquième jour, 31 septembre. Je retire le tampon vaginal et donne deux injections vaginales par jour.

Les fils profonds sont retirés le huitième jour, et les superficiels, le neuvième jour; la plaie est réunie. L'appareil plâtré est enlevé à la fin du douzième jour; à partir de ce moment, l'opérée remue librement dans son lit, elle se lève le vingtième jour et marche sans douleur.

L'enfant, allaité par sa mère, pèse alors 4,250 grammes. Je revois Mme D... six semaines après l'opération : elle est en parfaite santé, son enfant pèse plus de 5 kilogr. Je mesure son bassin avec M. le professeur Pinard, et nous constatons que le diamètre promonto-sous-pubien mesure 107 millimètres; le promontoire se trouve très élevé.

Réflexions. — Elles porteront sur trois points : *Indica-*

tions de l'opération ; détails de l'opération ; soins consécutifs.

a) Indications de l'opération. — L'opération se trouvait très nettement indiquée par l'attitude de la tête (inclinaison de Nægele, sur le pariétal antérieur), par le volume de cette tête et l'étroitesse du bassin. L'application de forceps que j'ai faite avant la symphyséotomie a été inutile, elle aurait pu être dangereuse, si j'avais continué mes tractions, car j'aurais sûrement fracturé le crâne de l'enfant.

b) Détails de l'opération. — J'ai pu pratiquer cette opération dans un milieu modeste, avec un appareil instrumental des plus simples, un aide au chloroforme, les deux autres maintenant les cuisses. J'ai opéré la femme placée sur une commode, le bassin au niveau du bord du meuble, qui formait ainsi une table d'opération suffisante.

L'appareil plâtré m'a donné un excellent moyen de contention.

c) Soins consécutifs. — Ils ont été minutieux. J'ai fait deux fois par jour le pansement de la plaie, à cause de l'imperfection de l'occlusion dans la région pubienne. Après chaque miction ou garde-robe, on pratiquait la toilette externe des organes génitaux.

La malade fut réinstallée dans son lit, le lendemain de l'opération; pour passer le bassin sous son siège on la soulevait doucement par les cuisses. Cette manœuvre, évitée dans les maternités par les lits mécaniques, n'a jamais provoqué de douleurs, et la réunion superficielle ou profonde ne s'est point ressentie de ces mouvements assez fréquemment renouvelés.

Le lendemain de l'opération, il y a eu un peu de tympanisme abdominal, qui s'observe assez fréquemment dans ces circonstances, et qui se développe surtout quand on a administré de l'opium sous une forme quelconque. Aussi est-il préférable de n'en point donner; le tympanisme, s'il se produit, cède facilement à l'administration d'un lavement d'un verre de vin contenant une cuillerée de glycérine.

L'opérée a pu allaiter son enfant comme une accouchée ordinaire ; elle s'est levée le vingtième jour.

Les suites opératoires n'ont donc pas beaucoup différé des suites de couches normales.

En résumé, cette observation démontre qu'il est possible de pratiquer utilement une symphyséotomie dans des conditions moins parfaites que celles que l'on trouve réunies dans une maternité.

Si je suis entré dans les détails, c'est pour exposer les difficultés que l'on peut rencontrer dans la pratique, mais qui ne doivent pas être un obstacle à l'opération et à son succès. Les observations de ce genre ne sont pas encore très nombreuses. Une seule observation de symphyséotomie pratiquée en ville à Paris a été jusqu'ici publiée ; c'est celle du Dr Lepage, qui pratiqua avec succès la symphyséotomie pour un fibrome de l'excavation. Déjà plusieurs confrères de province ont pratiqué heureusement la symphyséotomie dans des circonstances difficiles (1). Ainsi que l'a dit M. le professeur Pinard à la Société obstétricale de France (2) : « Il est plus simple d'ouvrir un bassin que d'ouvrir une trachée, ou d'opérer une hernie étranglée, ce que doit savoir faire tout praticien » (3).

---

(1) Observations du Dr BOURDEAU (d'Antony), et du Dr PRUVOST (de Raismes). *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, septembre 1893.

(2) *Société obstétricale de France*, et *Annales de Gynécologie*, avril 1893. Ce numéro contient aussi l'observation citée plus haut du Dr Lepage.

(3) Voir aussi WALLICH. Une nouvelle opération d'urgence. La symphyséotomie. *Bulletin médical*, 1892.

— H. VARNIER. La symphyséotomie est-elle une opération à la portée du praticien? *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, septembre 1893.

REVUE GÉNÉRALE

DES RUPTURES UTÉRINES PENDANT LE TRAVAIL

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT ; SON ÉVOLUTION ET SES RÉSULTATS DEPUIS LA PÉRIODE ANTISEPTIQUE

Par le Dr **R. Labusquière.**

En 1884, à l'occasion d'un cas de rupture utérine complète observée à la Clinique d'accouchements de Paris, dans le service de notre très aimé maître, le professeur Pajot, nous choisîmes comme sujet de notre thèse la question suivante : Des *ruptures utérines pendant le travail à terme* (pathogénie et traitement). Le cas en présence duquel nous nous étions trouvé était bien de nature à vivement intéresser un débutant, tant par sa gravité que par son heureuse issue, malgré le très sombre pronostic formulé par le professeur Pajot, qui, devant une guérison aussi inespérée, exprima à ses nombreux élèves l'heureuse surprise qu'il en éprouvait, de la façon suivante : « *Le résultat est vraiment merveilleux et, en dépit de ma vieille expérience, trop vieille, hélas ! je déclare n'avoir jamais observé rien de pareil.* » Il y avait aussi un côté de cette observation qui nous séduisait particulièrement, qui augmentait, plus que de raison peut être, notre enthousiasme pour la méthode antiseptique, laquelle fonctionnait, relativement, depuis peu d'années, à la Clinique, d'où elle avait été systématiquement proscrite par le professeur Depaul, adversaire irréductible des idées pastoriennes et de leurs conséquences thérapeutiques. Aussi, comparant le résultat si heureux et si inattendu obtenu dans ce cas particulièrement grave avec les terminaisons désastreuses d'autres cas, où le pronostic était *a priori* beaucoup plus favorable, mais qui datait de la période préantiseptique, nous fûmes enclin à

attribuer l'issue heureuse exclusivement aux irrigations antiseptiques, qu'on nous confia et que nous ne ménageâmes pas, loin de là ! On n'avait pas encore publié les faits, assez nombreux, signalés depuis au passif du sublimé. Nous visions surtout « le microbe » (1), il fallait l'empêcher à tout prix de pulluler, de produire des phénomènes de putréfaction, des processus infectieux, et dans ce but nous manions *larga manu* la liqueur de V. Swieten. Nous nous étonnons moins aujourd'hui de constater dans les détails de l'observation que, dès les premiers jours des suites de couches, il survint une diarrhée abondante assez rebelle, dans l'étiologie de laquelle le sublimé était peut-être bien pour quelque chose. Durant les premiers jours, alors que les tissus déchirés (et il s'agissait d'une déchirure complète qui avait intéressé le péritoine) n'étant pas exactement réunis, pouvaient peut-être permettre le passage dans la cavité péritonéale, — et l'on sait la *puissance* énorme de résorption de la grande séreuse! — d'une partie au moins de la solution hydrargyrique au *millième* employée, comment n'a-t-on pas eu à enregistrer une intoxication par le mercure?

Il est bien évident qu'à l'heure actuelle, instruit par les observations publiées, par une application plus rationnelle,

(1) Il est bien entendu que, quand nous écrivons « *nous visions le microbe* », etc., c'est de nous, seul, qu'il s'agit, à qui, dès les premiers jours, on avait confié le soin de faire les irrigations intra-utérines. Notre célèbre maître, le professeur Pajot, qui s'était appliqué à réaliser aussi rigoureusement que possible l'antisepsie à la clinique d'accouchement, et qui, chaque jour, en constatait les résultats merveilleux, pourtant attiédissait souvent notre foi ardente, toujours vivace d'ailleurs, à la « *doctrine du microbe* », tout en nous recommandant toutefois d'observer très rigoureusement des précautions qui avaient *réduit* si fort la pathologie des suites de couches. Il avait vu, nous disait-il, naître, fleurir, régner et mourir tant de théories, dont certaine (méthode de Broussais) avait suscité des passions si vives qu'on avait vu des étudiants aller sur le pré, qu'à son âge, à la fin de sa carrière, près d'un demi-siècle de pratique, il était bien en droit d formuler certaines réserves sur le nouveau *credo*.

plus étudiée de la méthode antiseptique, on choisirait un désinfectant moins toxique (1).

Au résumé, voici l'observation qui nous avait si fort impressionné au point que nous pensions presque que, grâce aux beaux travaux de Pasteur et de ses élèves et à ceux de nos maîtres qui les avaient introduits dans la pratique chirurgicale ou obstétricale, on pourrait désormais triompher des conditions en apparence les plus défavorables.

OBS. — H..., 35 ans, IIIpare. Les accouchements antérieurs laborieux mais terminés spontanément. Troisième grossesse rendue pénible par une déviation antérieure très accusée de l'utérus (ventre en besace). Début du travail à terme. Travail laborieux. Présentation du tronc. Rupture imprudente des membranes par

---

(1) Il faut d'ailleurs dire que cet emploi du sublimé sous forme de liqueur de Van Swieten, n'était pas exclusif à la Clinique d'accouchements. Voici ce que dit, en effet, le Dr Bonnaire à propos de la pratique suivie à la Maternité :

« En 1884, la pratique courante de la Maternité était de faire à toute femme accouchée une irrigation intra-utérine, après la délivrance, avec un ou deux litres de liqueur Van Swieten pure. Cette pratique fut suivie notamment dans deux cas de ruptures utérines qui furent suivies de guérison. Jamais dans le courant de cette année nous n'avons eu à enregistrer de faits d'intoxication mercurielle grave. A peine dans quelques faits rencontrâmes-nous de fugaces éruptions hydrargyriques, localisées aux points où la peau était demeurée en contact prolongé avec des compresses imbibées de la liqueur de Van Swieten. Il est à noter que le contact de la solution mercurielle hydro-alcoolique au 1/1000 avec ces tissus déterminait rapidement une modification spéciale des surfaces muqueuses. Les parois vaginales prenaient une apparence rugueuse, comme si elles avaient été tannées. Nous pensons que l'action combinée de l'alcool et du sel mercurique agissait sur les bouches d'absorption vasculaires ouvertes par l'accouchement et la délivrance, et en déterminait l'occlusion soit par stricture des trous, soit par coagulation rapide dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Il est difficile de s'expliquer autrement le défaut d'absorption qui n'aurait pas manqué dans le cas contraire, étant donné le titre élevé de la solution employée, de déterminer les intoxications redoutables qu'on a signalées à la suite de l'emploi des solutions quatre et cinq fois plus faibles. » *Arch. de Tocologie*, juin 1891, p. 401.

une sage-femme. Consécutivement, tentatives multiples et infructueuses de version par un médecin. Au cours de ces manœuvres, sensation d'une affreuse douleur et perte de connaissance. Transport à la clinique, de la femme demi-moribonde, en plein collapsus. Plusieurs heures après son arrivée, le professeur Pajot constatait : rétrécissement du bassin, présentation du tronc, placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, rupture complète du vagin et de la matrice, le corps de l'utérus remonté vers l'hypochondre droit, l'enfant passé en partie dans le ventre. Version et extraction par les voies naturelles. Céphalotripsie sur la tête dernière et retenue au-dessus du détroit supérieur rétréci. Le délivre sortit entraîné par le cordon et réuni encore à l'enfant. Suites de couches assez troublées (fièvre modérée, diarrhée abondante, rebelle, douleurs thoraco-abdominales, dyspnée, pleurésie, etc.).

Guérison. — Traitement : injections antiseptiques (liqueur de Van Swieten), sulfate de quinine, indépendamment des médicaments employés contre la diarrhée et la poussée pleurétique.

Tel est, très résumé, le cas qui nous avait si vivement frappé et poussé à étudier la question des ruptures utérines pendant l'accouchement. Mais, ce qui nous intéressait le plus dans cette étude, c'était le côté pratique, c'est-à-dire la recherche du meilleur traitement à opposer à ces accidents formidables. Et alors, au cours de ces recherches, en mûrissant davantage le sujet, nous vîmes bien vite que le problème était autrement complexe que nous ne l'avions supposé au premier abord, et qu'à vrai dire, il ne peut exister un traitement unique, toujours identique à lui-même. Que les conditions spéciales qui caractérisent chaque cas sont très variables, que les statistiques donnent des résultats souvent très curieux, parfois contradictoires, au point qu'aujourd'hui, après de nouvelles lectures, nous pensons que, d'une manière générale, *en présence d'un cas de rupture utérine, comme les statistiques diverses donnent des renseignements, des indications fort divergentes, le plus sûr est de s'appliquer à bien apprécier le cas que l'on a à traiter, à tenir soigneusement compte de ses particularités essentielles pour déduire*

de cette appréciation la meilleure direction thérapeutique à lui donner.

Après cela, on pourra, avec avantage, tenir compte aussi, au point de vue de l'intervention, de ce que nous auront appris les résultats fournis par les diverses méthodes opératoires depuis que l'antisepsie est entrée dans la pratique obstétricale. Nous faisions en 1884, dans notre thèse, avant d'en formuler les conclusions, les réserves suivantes : « ce qu'il importe peut-être de faire remarquer, c'est qu'en dépit des résultats merveilleux qu'elle a déjà donnés, la méthode antiseptique ne fonctionne pas depuis assez longtemps, pour qu'il soit permis de statuer encore, en dernier ressort, sur la technique et l'opportunité des interventions obstétricales diverses. »

Nous nous proposons donc, aujourd'hui, de revoir la question du traitement des ruptures utérines surtout au point de vue des résultats fournis par les diverses méthodes opératoires. Nous devons dire que notre tâche est singulièrement facilitée par les travaux déjà publiés sur ce même sujet, et surtout par un mémoire extrêmement important, très documenté, comparable à la thèse si souvent citée de Jolly, et qui, comme cette dernière, marque en quelque sorte une étape dans l'histoire des ruptures de l'utérus. Ce travail est dû à Merz, assistant à l'*Universitäts Frauenklinik*, de Bâle, service du professeur Fehling. Il nous fournira les principaux éléments statistiques de cette revue. Mais avant d'aborder ce point spécial, qui a été le but réel de cette revue, nous entrerons, en raison de l'importance du sujet, dans quelques considérations qui touchent à la prophylaxie.

Traitement des ruptures utérines survenues pendant l'accouchement.

Il n'y a pas que le traitement de la rupture effectuée. Il y a aussi le traitement qui a pour but de prévenir autant que possible la production de la rupture. Il faut donc distinguer le a) *traitement prophylactique* et le b) *traitement curatif.*

a) TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Il est extrêmement

important et basé sur la *notion de certains antécédents* (par exemple, rupture antérieure, opération césarienne nécessitée dans un premier accouchement, etc.), sur la *constatation de certaines conditions défavorables tenant aux organes maternels* (sténoses pelviennes, dégénérescences diverses de la matrice, sténoses des parties molles congénitales ou acquises, ventre en besace, etc.), sur la *constatation de certaines maladies de l'enfant* (hydrocéphalie, par exemple), au moment du travail, de présentations vicieuses (présentation du tronc). La conduite à tenir variera évidemment suivant l'existence de l'une ou l'autre de ces conditions si différentes. Ainsi, dans tel cas, on sera pleinement autorisé à procéder à l'accouchement prématuré, même à l'avortement; par exemple, quand, dans un accouchement antérieur, il y aura eu rupture de l'utérus.

Chez la femme dont nous avons recueilli l'observation dans le service du professeur Pajot, l'accouchement prématuré, au cas de nouvelle grossesse, eût été, croyons-nous, absolument justifié. Dans d'autres cas, on pourra laisser la grossesse arriver à terme, mais, dès ce moment, on surveillera la femme de très près de façon à opposer, pour ainsi dire à la minute propice, l'intervention la plus appropriée. Il y a aussi, plus spécialement chez certaines femmes, des précautions à prendre, car on a cité des cas de ruptures utérines produites par des manœuvres externes (frictions exagérées faites dans le but de provoquer la contraction de l'utérus post-partum (1), expression placentaire). Mais le diagnostic qu'il serait capital de savoir ou de pouvoir faire, c'est le *diagnostic de la rupture imminente*. Or, on sera d'autant plus à même de l'établir, qu'on se sera déjà plus soigneusement préoccupé de l'ensemble des conditions dans lesquelles l'accouchement aura ou a à se faire. Il est bien clair que si l'on a constaté un rétrécissement du bassin, une présentation vicieuse, un ventre en besace, une atrésie du canal génital,

(1) SCHWARTZ. Uterusrupturen hervorgerufen durch äussere Gewaltanwendung. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 2, p. 28.

l'attention sera éveillée sur la possibilité d'une rupture utérine, bien que la complication soit rare même dans ces cas, et que l'on sera plus à l'affût des circonstances qui la rendent plus probable (distension exagérée du segment inférieur, élévation très marquée de l'anneau de contraction, relief et tension exagérés des ligaments ronds, rigidité cicatricielle du col et défaut de dilatation malgré des contractions énergiques, soutenues, etc.). Ce diagnostic si important de la rupture imminente fait, le but immédiat est d'amener la terminaison de l'accouchement, par les moyens qui risquent le moins d'accentuer les conditions qui, précisément, créent l'imminence de la rupture. Mais, ici, il est une circonstance de nature à troubler singulièrement le praticien. L'enfant est-il vivant ou mort ? S'il a succombé, le principe de conduite est net. De toutes les manières de terminer l'accouchement, choisir celle qui crée le minimum de risques pour la femme. Donc, d'une manière générale, choisir, quand elles sont praticables, les opérations mutilatrices de l'enfant, celles qui réduisent son volume, et les plus propres à diminuer les phénomènes de compression et d'expansion qui menacent de rompre l'utérus. Quand l'enfant est vivant, la décision est moins facile. Indiquer la conduite à suivre dans des conditions sujettes à tellement varier est impossible. Et il faut laisser à la sagacité, à la prudence, et à l'expérience de chacun le soin, de déduire, de l'ensemble des notions acquises, ce qu'il y a de mieux à faire. Toutefois, quand les symptômes de la rupture imminente coïncident avec un rétrécissement du bassin, et que ce rétrécissement représente dans le cas à traiter la circonstance capitale, la symphyséotomie n'est-elle pas, à condition que le rétrécissement reste dans les limites soigneusement établies (jamais au-dessous de 6 1/2-7 centim.) (1), plus que toute autre intervention obstétricale, l'opération en même temps

(1) La symphyséotomie, écrit Farabeuf, ne doit être tentée que dans les cas où l'étude du bassin et le calcul ont démontré qu'un écartement de 7 centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme. *Annal. de Gyn. et d'Obst.*, mai-juin 1894, p. 442.

la plus propre à libérer l'utérus des phénomènes mécaniques qui créent le danger et à sauvegarder les intérêts de l'enfant? Mais combien de précaution faudra-t-il pour ménager la vessie qui, comme l'a montré le Dr Bonnaire (1), court en telles conditions de si grands risques. Dans ce cas, forceps céphalotribe, version, quelles que soient les précautions prises, ne sont-ils pas au contraire de nature à augmenter ce danger? L'enfant étant vivant, et la symphyséotomie ne trouvant plus les conditions rationnelles de son exécution, la question de l'opération césarienne pourra se poser. Mais, ici, outre que souvent l'état du muscle utérin est peu favorable à cette opération, il faut avouer que l'expérience, l'habileté spéciale, la plus ou moins grande familiarisation du médecin qui a la responsabilité de la situation, avec les opérations de cette importance, aussi bien que la nature des auxiliaires dont il dispose, sont d'un grand poids dans le choix du mode d'intervention.

En terminant, comme tous les auteurs, nous désirons vivement qu'on puisse au moins arriver à supprimer du bilan pathologique les ruptures utérines qui sont la conséquence d'une pratique ignorante, imprudente, maladroite (présentations de l'épaule négligées, sténoses pelviennes méconnues par suite d'examens défectueux, rupture intempestive de la poche des eaux, administration inopportune du seigle ergoté, opérations obstétricales violentes, irréfléchies, prolongées, etc., etc.).

Au résumé, connaissance aussi complète que possible de l'histoire obstétricale passée et actuelle de la femme dont on doit diriger l'accouchement, diagnostic de la rupture imminente et direction thérapeutique déduite de l'ensemble de ces notions, telles sont les conditions d'une bonne prophylaxie des ruptures utérines.

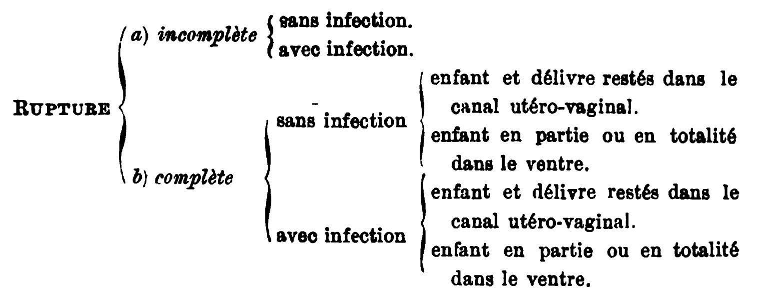
b) TRAITEMENT CURATIF. — Ainsi que nous l'avons déjà dit, notre intention n'est pas de reprendre par le détail les indications multiples de ce traitement. Les conditions d'in-

---

(1) *Loc. cit.*

tervention sont, en effet, extrêmement variables et, pour en donner une idée, il nous suffira de résumer dans un tableau synoptique la plupart des diverses éventualités en face desquelles le praticien peut se trouver placé.

Première division: a) Bassin normal; b) bassin rétréci. Puis pour chacun de ces groupes primordiaux, les subdivisions indiquées dans le tableau.



A ces divisions, on en pourrait ajouter une autre qui correspond à une complication encore plus formidable et dont l'issue a été, paraît-il, toujours funeste. Nous voulons parler des ruptures utéro-vésicales, sur lesquelles le Dr Bonnaire a publié une intéressante monographie (1).

Assurément les divisions précédentes ont toutes une certaine importance et, à l'occasion, le praticien doit s'efforcer de les apprécier à leur juste valeur pour en déduire le meilleur mode d'intervention. Mais, avec les statistiques que nous avons à examiner, il est bien difficile, sinon impossible, par insuffisance, manque de précision de bon nombre d'observations, de créer au point de vue de l'étude des résultats fournis par les différentes méthodes thérapeutiques depuis l'antisepsie, des groupes aussi nombreux et correspondants à chacune d'elles. Sans doute, une analyse critique aussi précise, aussi définie serait fort intéressante. Mais elle ne pourrait guère être faite que par un observateur qui disposerait d'observations *personnelles* recueillies soigneusement dans cette intention, et assez nombreuses

(1) Des ruptures vésico-utérines dans le travail de l'accouchement. *Arch. de Tocologie*, mai 1891, p. 391, juin, p. 401.

pour les pouvoir répartir, au point de vue clinique et thérapeutique, dans des cadres aussi définis et correspondants. Or, comment un praticien, si occupé soit-il, pourra-t-il jamais acquérir une expérience de cette nature suffisante?

Résultats fournis par les diverses méthodes thérapeutiques depuis l'antisepsie.

Plusieurs auteurs se sont préoccupés d'élucider ce point. Mais certains se sont plutôt appliqués à estimer la valeur de telle ou telle méthode opératoire. Nous résumerons très succintement quelques-uns de ces travaux, nous réservant de présenter, d'une manière plus complète, celui si important de Merz, que nous avons déjà signalé, et qui, dans l'espèce, représente vraiment l'ensemble de documents le plus considérable et le plus suggestif.

En 1884 paraît le travail de Kröner (1), basé sur l'analyse de 47 cas, résumés à grands traits dans un tableau synoptique. Le but de ce travail est surtout de juger la valeur du drainage inauguré, comme on le sait, en 1874, par C. Braun. Or, de l'examen de ces cas, voici sa conclusion à ce sujet : « Il ressort de cette analyse qu'on n'est pas autorisé, pour les cas de rupture utérine guéris qui ont été traités avec le drainage, de rapporter la guérison surtout au drainage. Les faits cliniques par contraire témoignent en faveur de l'importance du drainage naturel sur lequel Kaltenbach a attiré l'attention (bandage compressif, position demi-assise de la parturiente). Il faut recourir d'autant mieux à ce drainage naturel que le drainage artificiel, *quand l'antisepsie n'est pas parfaite*, est dangereux.

Kröner ajoutait : « une toilette préalable, aussi à fond que possible, de la cavité intra ou extra-péritonéale améliorera le pronostic ».

Dans une thèse inspirée par Porak, le Dr Jaille conclut formellement en faveur de la gastrotomie (2).

(1) Kröner. Zur Therapie der puerperalen Uterusruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1884, n° 23, p. 369.

(2) Jaille. *Étude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines*. Th. Paris, 1886.

En 1890 (1), le Dr Brossard soutient devant la Faculté de Paris une thèse dans laquelle il essaie aussi de déterminer la meilleure thérapeutique à opposer aux ruptures de la matrice. Il passe donc successivement en revue les divers traitements institués, mais arrivé aux conclusions, il paraît avoir une conviction bien arrêtée, car, il y rappelle seulement les résultats fournis par la méthode adoptée à la Maternité : *extraction du fœtus par les voies naturelles avec traitement antiseptique sans drainage.*

Cette méthode a donné sur 53 cas, 30 guérisons et 23 morts.

Mais de ces 23 décès, 1 a été causé par choc (shok), 3 par hémorrhagie, 5 enfin sont survenus dans les quelques heures qui suivirent l'accident. C'est-à-dire qu'ils ne sauraient être relevés au passif de la méthode. Aussi, lui paraît-elle supérieure à toutes les autres et conclue-t-il, en résumé, de la façon suivante : que la rupture soit complète ou incomplète, extraction par les voies naturelles, toutes les fois qu'elle est possible. *Abstention de toute injection intra-utérine* (2) ; mais des injections vaginales à très faible pression, compression méthodique de l'abdomen, disposée de façon à abaisser l'utérus, et compresse ou pansement antiseptique sur la vulve. Maintenir de la glace sur le ventre et assurer le repos de l'intestin. Quand l'extraction par les voies naturelles est impossible, laparotomie avec ou sans suture utérine suivant l'état des lèvres de la plaie. Enfin, quand il existe des délabrements par trop considérables, opération de Porro.

En 1891 Schultz (Budapest) publie un travail sur « l'étiologie et le traitement des ruptures de l'utérus », dont nous trouvons une analyse suffisamment complète dans le *Cen-*

---

(1) BROSSARD. *Étude sur le traitement des ruptures de l'utérus.* Th. de Paris, 1890.

(2) Modification apportée au traitement suivi en 1884. Voir la note, p. 111.

tralblatt (1) sous le rapport des résultats fournis par les diverses méthodes thérapeutiques. Schultz donne les statistiques suivantes :

A) Ruptures complètes sans traitement

Kroner....	19 cas....	Guérison.....	42 0/0
Bandl.....	12 cas....	—	0 0/0
Série de... 26 cas publiés dans le *Centralblatt*...............		— ...	38,4 0/0
Clinique de Tauffer..	3 cas	— ...	0 0/0

B) Ruptures complètes avec drainage ou tamponnement

Piskacek...	57 cas....	Guérison....	44 0/0
Léopold....	6........	— ...	50 0/0
Clinique de Tauffer...	7........	— ...	14,2 0/0

C) Ruptures complètes traitées par la laparotomie

Schäffer................	100 cas	Guérison	50 p. 100
Harris..................	40 —	—	50 p. 100
Frommel................	7 —	—	0 p. 100
Piskacek...............	23 —	—	46 p. 100
Pihan-Dufeiley.........	12 —	—	91 p. 100
Dans le *Centralblatt*....	9 —	—	77,7 p. 100
Clinique de Tauffer.....	2 —	—	0 p. 100

De ces statistiques, l'auteur tire les conclusions sui-

(1) Schultz. Zur Ætiologie und Therapie der Uterusruptur. *Orvosi Hitilap*, 1891, n° 15 ; 17 ; 19 ; et *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 1, p. 22.

(2) Ces trois tableaux mettent bien en évidence la bizarrerie des résultats statistiques. Dans le premier, par exemple, nous trouvons sous le rapport de la proportion des guérisons, des chiffres divergents comme 42 p. 100 et 0 p. 100 ; et le troisième tableau présente des chiffres encore plus dissemblables 91 p. 100 et 0 p. 100.

vantes : *Toutes les fois que le diagnostic de rupture complète est dûment établi, il faut faire la laparotomie.* Quand les lèvres de la plaie sont trop contuses, qu'elles sont en mauvais état pour être suturées, s'il existe des myômes, si l'endométrium est déjà infecté, l'hystérectomie s'impose. Dans le cas contraire, faire la toilette du ventre et suturer. D'autre part, drainer les sinus, les cavités qui éventuellement existent au niveau du paramétrium ou des culs-de-sac vaginaux.

Dans les cas de *rupture incomplète* tamponner avec de la gaze ou de la mèche iodoformée ou drainer avec un tube de verre. Sur le ventre, bandage de flanelle compressif et solide ; position élevée du tronc.

Quand les conditions existantes ne sont pas favorables à la laparotomie, on peut, même au cas de rupture complète, terminer l'accouchement par les voies naturelles et faire le tamponnement.

Dans un travail considérable publié en 1892, H. W. Freund (1) a étudié très soigneusement le mécanisme et le traitement des ruptures de l'utérus. A la fin de ce travail, se trouvent résumées dans un tableau onze observations qui lui sont personnelles. Au point de vue du traitement, il est d'avis qu'une fois la rupture reconnue, il faut se hâter de terminer l'accouchement et, par les voies naturelles, quand cela est possible. Puis, réaliser le drainage. Dans les cas d'hémorrhagie rebelle, quand le tamponnement se montre inefficace, dans ceux aussi d'irréductibilité d'anses intestinales prolabées, procéder au plus tôt à la laparotomie suivie, quand l'état de la lésion le permet, de la suture utérine. Tout récemment, dans un nouveau travail, à l'occasion d'un fait intéressant de rupture utérine (2), Freund revient sur

(1) FREUND. Die Mechanik und Therapie der Uterus und Scheidengewölberisse. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1892, Bd. XXIII, Hft. 2, p. 436.

(2) Il s'agissait d'une femme de 30 ans, Ipare, à bassin légèrement rétréci, qui, deux jours avant le début du travail, fit une chute sur le trottoir. Sur le coup, elle ressentit une vive douleur dans le ventre, douleur qui se fit sentir

la question du traitement et modifie légèrement ses conclusions de jadis, en raison des enseignements qui paraissent se dégager de l'important mémoire de Merz que nous résumons un peu plus loin. Voici ce qu'il dit : « Quant au traitement, Merz en a fait l'objet d'une étude minutieuse et critique. A l'instigation de Fehling, Merz a rassemblé, autant que possible, tous les cas de rupture utérine publiés depuis 1870, c'est-à-dire depuis *l'ère antiseptique*. Or, bien qu'il ne faille pas accorder aux statistiques une valeur trop importante, eu égard au choix de la méthode thérapeutique, parce qu'en général elles sont faites d'éléments disparates, toutefois les données mises en relief par Merz, marquent *qu'il convient de songer plus souvent et plus sérieusement que jadis à la laparotomie et à la suture utérine, but auquel, chirurgicalement, doivent tendre nos efforts.*

---

encore quelques heures puis disparut. Deux jours après, l'accouchement se déclarait et comme les contractions, bien que particulièrement douloureuses, ne suffisaient pas, Freund termina l'accouchement par une application de forceps qui fut très simple. Délivrance spontanée immédiatement après la sortie de l'enfant. Le lendemain état de l'accouchée bon, sauf une sensibilité très accusée du ventre. Le surlendemain, hyperthermie notable : 38°,7, et toujours la même sensibilité abdominale. Soupçonnant une lésion de l'utérus, Freund introduisit la main dans cette organe, ce qui lui permit de constater, au niveau du fond de la matrice, une déchirure transversale qui laissait facilement pénétrer quatre doigts. Au-dessus, péritoine intact, au moins d'après ce qu'on put juger. Comme complication, un exsudat paramétritique qui céda à un traitement d'abord antiphlogistique puis résolutif (ichthyol). Guérison complète au bout de sept semaines. Tel est ce fait intéressant de *rupture latente* en quelque sorte, de déchirure relativement étendue qui n'influe que fort peu sur la marche du travail, et que l'auteur utilise contre une opinion soutenue par Zweifel : que l'utérus rupturé ne peut plus expulser la tête fœtale. Et que lorsque, dans une autopsie, on constate une rupture de l'utérus alors que l'enfant avait été expulsé spontanément, c'est que la date de la rupture est postérieure à la mort. Contrairement à Werth, Zweifel admet une activité utérine qui, en quelque sorte, survit quelque temps après la mort. H.-W. Freund. *Neue Befunde bei Zerreissung der Gebärmutter und Scheidengewölbes*, Vienne, 1894.

Léopold von Dittel (1) a publié une courte monographie, à l'occasion de 2 cas de rupture utérine, intéressantes surtout sous le rapport de leur mécanisme et de leur symptomatologie. Mais l'auteur dit peu de chose sur la question du traitement : « il n'est pas douteux que la laparotomie s'imposait dans le second cas. En outre, il eût été désirable de faire la suture de l'utérus, mais il fallut y renoncer à cause de l'état de la femme. Or, abandonner l'utérus non suturé, cela paraît impliquer un danger sérieux au point de vue de l'hémorrhagie possible.

« En semblables circonstances, l'opération de Porro a été faite par Kehrer (2), O. Schäffer (3), Wiedow (4), Fontana (5), Underhill, Walchêr, Schutz, etc. Slawjansky est, semble-t-il, le premier qui ait fait, avec succès, cette opération pour une rupture de la matrice. Chrighton, le premier en Angleterre, a pratiqué la laparotomie pour une rupture utérine *sub partu* (1864). Il ne fut pas fait de suture utérine, la femme guérit. Andrews (6) a publié le premier cas de rupture utérine, dans lequel on fit en Angleterre, l'opération de Porro. »

Doorman a également étudié la question des ruptures de l'utérus durant le travail. Nous citons ses conclusions d'après le résumé de son travail paru dans le *Centralblatt* (7). Cet auteur déclare d'abord qu'on n'ait pas justifié à poser la question comme suit : laparotomie ou terminaison de l'accouchement par les voies naturelles et tamponnement, parce que ces méthodes thérapeutiques répondent, chacune, à des indications définies et différentes.

(1) DITTEL. Zur Uterusruptur. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. 44, Hft. 3, p. 343.
(2) *Cent. f. Gyn.*, 1889, p. 502.
(3) *Jahresbericht über d. Fortschritte*, etc., III, p. 182.
(4) *Cent. f. Gynäk.*, 1889, p. 501.
(5) *Jahresbericht über d. Fortschritte*, etc., II, p. 149.
(6) *Lancet.* London, 1887, p. 820.
(7) DOORMAN. *Nederl. tijdschr. v. verloek. en gynäkol.* 5 Jarhg. Abt. I. et *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 8, p. 199.

« *La plupart du temps le tamponnement conseillé par Dührssen, suffit, c'est la méthode de choix. Mais dans certains cas, exceptionnels, la laparotomie s'impose.* »

Dans un article où, à l'occasion d'un cas de rupture de l'utérus, Magnus A. Tate (de Cincinnati) reprend la description classique de cette complication; cet auteur, au point de vue du traitement, formule ainsi son avis, *il n'est qu'un seul traitement des ruptures complètes, que l'enfant soit ou non passé dans le ventre, c'est la laparotomie.* En faveur de cette intervention, il signale particulièrement les dangers énormes qui résulteraient du pincement, de l'inclusion possible de l'intestin dans la déchirure (1).

Nous arrivons maintenant au travail de Merz (2), de beaucoup le plus important, tout au moins au point de vue statistique. Inspiré à Merz par le professeur Fehling, il a eu pour point de départ un cas très intéressant de double rupture utérine, deux déchirures absolument séparées : l'une, commençant à droite au niveau du segment inférieur, se dirigeait en haut et à gauche pour aboutir au niveau de l'insertion du ligament rond, très fortement développé. La séreuse était en grande partie déchirée ainsi que la paroi utérine, mince, sous-jacente. La seconde déchirure, verticale, située en arrière de l'utérus semblait partir d'un point très voisin de l'insertion du ligament ovarique, et se continuait en bas, intéressant toute l'épaisseur de la musculeuse. *Traitement :* Perforation de la tête fœtale, extraction à l'aide du crânioclaste, laparotomie. Désinfection de la cavité utérine, toilette péritonéale, suture des deux déchirures, après application d'une bande de gaze iodoformée allant de la cavité utérine jusqu'aux culs-de-sac du vagin. Dans le ventre, bande de gaze iodoformée en arrière, à gauche, embrassant le ligament large gauche, les plis vésico-utérins et venant

(1) MAGNUS A. TATE. *The Cincinnati Lancet-Clinic.*, mai 1894, p. 535.

(2) K. MERZ. Zur Behandlung der Uterusruptur. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLV, Hft 2, p. 181.

ressortir dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Fermeture du ventre. Suites de couches bonnes. *Guérison.* En moins d'un mois, la femme pouvait se lever.

Merz s'est proposé de préciser les résultats fournis par les diverses méthodes thérapeutiques depuis l'antisepsie, plus particulièrement de mettre en parallèle ceux de la laparotomie suivie de suture utérine avec ceux des autres méthodes. Dans ce but, il s'est efforcé de rassembler toutes les observations de rupture utérine publiées depuis 1870, début de la période antiseptique. Il en a rassemblé en tout 230, qu'il a réunies dans un tableau synoptique où il les a consignées sans suivre un ordre spécial.

Total des ruptures, 230, dont : a) *ruptures complètes* : 181, b) *ruptures incomplètes* : 46, c) *ruptures indéterminées* : 3.

a) *Ruptures complètes* : 181 ; guérisons : 63, soit 34,8 p. 100.

b) *Ruptures incomplètes* : 46 ; guérisons : 19, soit 41,3 p. 100.

Sur l'ensemble des cas, 94 sont restés sans traitement spécial ou du moins sans traitement dirigé directement contre la rupture.

Cas non traités.

VARIÉTÉ DE DÉCHIRURE	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE (guérison)
Complète	70....	60....	10....	14,2
Incomplète....	21....	17....	4....	19,0
Indéterminée..	3....	—	—	—
	94	77	14	14,9

Cas traités.

a) SIMPLE BANDAGE COMPRESSIF

VARIÉTÉ DE DÉCHIRURE	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
Complète.....	3....	2....	1....	33,3 0/0
Incomplète....	2....	—	2....	100 0/0

b) TAMPONNEMENT AVEC DE LA GAZE IODOFORMÉE

Ruptures complètes.

	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
Avec irrigations..	7...	5...	2...	25,6 0/0
Sans irrigations..	8...	4...	4...	50 0/0

Donc 15 cas avec 6 guérisons. Mais l'auteur fait remarquer qu'un décès fut causé par un ulcère rond de l'estomac, et que la nécropsie permit de constater que la déchirure était parfaitement cicatrisée. En réalité, au point de vue spécial de la rupture de l'utérus, c'était une guérison de plus. D'où : la proportion de 46,6 p. 100 de guérison.

c) Tamponnement avec la gaze iodoformée

Ruptures incomplètes.

	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
Avec irrigations.	4...	2...	2...	50 0/0
Sans irrigations.	6...	5...	1...	16,6 0/0

Au total, 10 ruptures incomplètes traitées par le tamponnement, dont 3 guéries, soit 30 p. 100, comme taux de la guérison. Merz, analysant ces cas, fait remarquer que, dans 4, des conditions spéciales, étrangères à la méthode thérapeutique, avaient a *priori* aggravé le pronostic et que, par suite, étant donné le total très faible de ces observations, le chiffre brut de 30 p. 100 seulement de guérisons ne correspondait pas à la valeur réelle de cette méthode.

d) Traitement avec drainage

Ruptures complètes.

	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
Avec mèche iodoformée.	7...	1...	6..	85,7 0/0
Avec tube à drainage (verre ou caoutchouc).	14...	6...	8..	57,1 0/0
Drainage (la nature du drain n'est pas spécifiée)..............	6...	2...	4..	66,6 0/0

En tout, 27 cas avec 18 guérisons, soit 66,6 p. 100, résultat d'autant meilleur qu'il s'agit en général de conditions graves.

e) Traitement avec drainage

Ruptures incomplètes.

	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
Avec mèche iodoformée.	1...		1...	100 0/0
Tube à drainage.......	5...	1...	4...	80 0/0
Drainage..............	1...		1...	100 0/0

Au total, 7 ruptures incomplètes, 6 guérisons, soit 83,3 p. 100.

Laparotomie.

a) Avec conservation de l'utérus

	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
Avec suture de la déchirure..	24..	14..	10...	41,7 0/0
Sans suture.................	15..	7..	8...	53,3 0/0

b) Avec extirpation de l'utérus

NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
15...........	7............	8............	53,3 0/0

Comme Léopold, Fehling dit « chirurgicalement, c'est une faute de laisser une plaie considérable capable de devenir le siège d'une hémorrhagie ou d'une infection, au lieu de la traiter et d'assurer sérieusement l'hémostase. »

Laparotomie.

	NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
Avec suture de la plaie....	24...	14...	10...	41,7 0/0
Sans suture de la plaie....	15...	7...	8...	53,3 0/0
Extirpation de l'utérus.....	15...	7...	8...	53,3 0/0

Laparotomie et suture de la déchirure après extraction de l'enfant par les voies naturelles.

NOMBRE	MORT	GUÉRISON	POURCENTAGE
12............	5............	7............	58,3 0/0

TABLEAU RÉTROSPECTIF GÉNÉRAL

MODE DE TRAITEMENT	RUPTURE COMPLÈTE	GUÉRISON	POURCENTAGE	RUPTURE INCOMPLÈTE	GUÉRISON	POUR CENT	RUPTURE INDÉTERMINÉE GUÉRISON
Sans traitement.........	70	10	14.2	21	4	19	3
Bandage compressif......	3	1	»	2	2	»	»
Tamponnement..........	15	6	40	10	3	30	»
Tube à drainage.........	14	8	57.1	5	4		
Mèche iodoformée.......	7	6	85.7 } 66 6	1	1	83.3	»
Drainage simple.........	6	4	66.6	1	1		
Laparotomie avec suture.	24	10	41.7	»	»	»	»
Laparotomie sans suture.	15	8	53.3 } 48.1	»	»	»	»
Laparotomie Porro.....	15	8	53.3	1	1	»	»
Un cas, sans traitement spécial (résection de l'épiploon prolabé).........	1	1	»	»	»	»	»
Un cas, avec application d'une solution de perchlorure de fer comme moyen hémostatique...	1	1	»	»	»	»	»
Traitement indéterminé..	10	»	»	5	3	»	»
	181	63		46	19		3

La comparaison de ces tableaux avec d'autres statistiques, dit Merz, marque une amélioration des résultats fournis par la laparotomie. Piskacek donne cette statistique pour la laparotomie : 23 cas, morts : 14; pourcentage de la guérison seulement 39 p. 100. Léopold, 26 cas avec guérisons, 46 p. 100; Schäffer, 52 cas avec guérison, 36,1 p. 100. Or, notre statistique donne 48 p. 100 de guérison. Et ce chiffre est d'autant plus éloquent que dans un grand nombre de ces cas l'état de la parturiente au moment de l'intervention était des plus précaires.

Conclusions de Merz. — « 1° L'enfant est-il passé en partie dans le ventre (tronc et extrémités), mais la tête restant dans ou au-dessus du bassin, extraire le fœtus par les voies naturelles avec le forceps ou avec le crânioclaste après perforation.

2° L'enfant est-il en totalité passé dans le ventre, ou bien la tête fœtale seule s'y trouve-t-elle, il ne faut ni tenter la version, ni exposer la femme à toutes les interventions obstétricales, mais, pour ne pas agrandir la déchirure, faire immédiatement la laparotomie et extraire l'enfant à travers l'incision abdominale.

3° Dans cette dernière éventualité, procéder tout de suite à la suture soigneuse de la plaie utérine.

4° Quand on a terminé l'accouchement par les voies naturelles, en certain cas la laparotomie, suivie de la suture utérine, est indiquée.

5° Quand les conditions existantes sont inconciliables avec la laparotomie, recourir au drainage à la gaze iodoformée sans injection préalable.

6° Au cas d'utérus fortement déchiré ou d'endométrite septique *sub partu*, hystérectomie (procédé de Porro). »

*
* *

L'examen soigneux des éléments d'appréciation réunis plus haut pourront peut-être aider au choix du mode de traitement le plus sûr, le plus efficace, en quelque sorte le plus chirurgical, traitement parfaitement exécutable dans les cliniques, et, au résumé, partout où l'on pourra réaliser les conditions d'une bonne laparotomie. Mais si nous nous plaçons au point de vue du praticien, de nous-même — tout en reconnaissant qu'il est très désirable de se rapprocher le plus possible du traitement idéal — nous pensons que le plus prudent est ceci : toutes les fois qu'on le peut, terminer l'accouchement par les voies naturelles, *mais toujours sans violence*, et en utilisant toutes les opérations obstétricales qu'on a bien dans la main, et qui sont de nature à rendre cette extraction plus simple, plus douce, la plus innocente possible pour les tissus maternels (1). *Dès qu'on reconnaît*

(1) On peut, bien entendu, même après extraction de l'enfant par les voies naturelles, être conduit à faire la laparotomie ou l'amputation de Porro pour supprimer un foyer d'infection ou d'hémorrhagie.

que cette extraction, malgré l'intervention des opérations auxiliaires, *ne peut être réalisée sans violence*, faire résolument la laparotomie en s'efforçant, malgré l'inexpérience forcée, de la faire aussi bien que possible. On aura sans doute contre soi les *alea*, l'imprévu qui charge plus ou moins toute première opération. Mais on aura aussi la conviction que cet *alea* est encore préférable aux désastres causés par des manœuvres violentes quand on veut, quand même, utiliser les voies naturelles. Le ventre ouvert, extraire le fœtus et le placenta, réaliser une toilette soigneuse de la cavité péritonéale, suturer l'utérus quand l'état de la plaie utérine le permet, et, au cas de trop vastes délabrements ou d'infection utérine formelle, aller jusqu'au bout des indications, c'est-à-dire supprimer l'organe trop délabré ou infecté, faire, si les conditions anatomiques le permettent, l'amputation de Porro.

Merz a nettement établi plus haut les indications du drainage et la meilleure manière de le réaliser.

Une antisepsie rigoureuse constitue, surtout dans ces cas formidables et pour des opérations d'urgence si rares, dans la pratique générale, l'auxiliaire le plus puissant du praticien et la sauvegarde la plus sûre de la femme.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Table du Dr Malherbe pour opérations chirurgicales.

Cette table, construite par M. Collin, est entièrement faite en bois de chêne.

Elle est peinte en blanc pour être tenue dans un état de propreté absolue.

Pour répondre aux exigences de la chirurgie moderne, elle peut être transformée trois fois dans sa disposition de surface.

Aucune crémaillère ni engrenage ne servent à obtenir ces modifications.

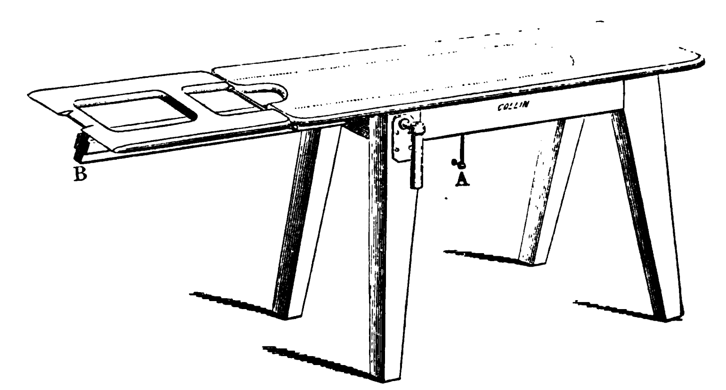


FIG. 1. — La table est représentée dans la position horizontale pour pra tiquer toutes opérations pendant lesquelles le malade doit être étendu. On le maintient dans cette position avec la pièce à coulisse B qui sert d support.

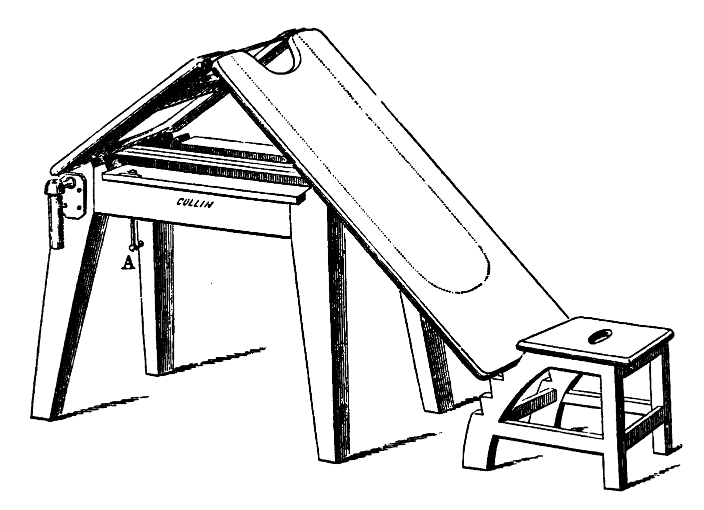


FIG. 2. — La table forme le double plan incliné recommandé par Trendelenburg, pour les laparotomies et les autres opérations pratiquées sur le ventre.

Pour la manœuvrer il faut :

1° Coucher le malade horizontalement, puis lier les jambes aux montants latéraux.

2° Abaisser la pièce A pour libérer le plateau.

3° Attirer la partie du plateau sur laquelle la tête repose jusqu'à ce qu'elle bascule et s'abaisse, tandis qu'un aide poussera l'extrémité opposée.

4° Poser le bord du plateau abaissé sur les crans du tabouret où il restera fixé.

5° Fixer l'extrémité postérieure dans les crans pratiqués sur le bâti de la table.

Le tabouret servira de siège à l'anesthésiste.

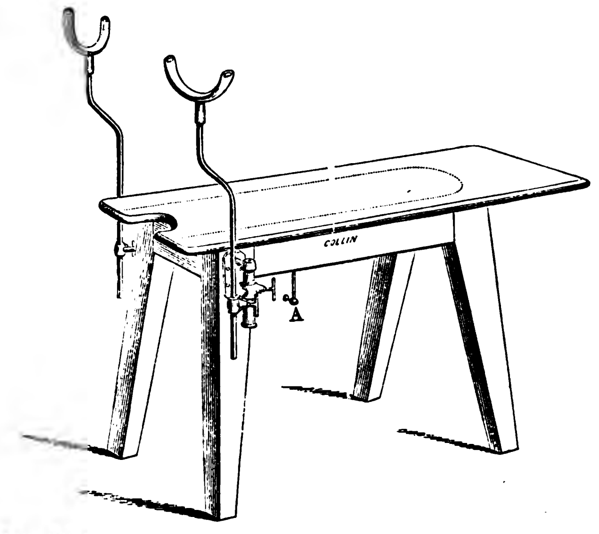


Fig. 3. — La table est disposée pour pratiquer l'hystérectomie vaginale et toutes les opérations qui exigent cette attitude.

Pour obtenir cette disposition :

1° Retirer la partie articulée qui correspond aux jambes.

2° Abaisser la pièce A et faire glisser le plateau jusqu'à ce que son échancrure soit placée au niveau du bâti de la table.

3° Fixer à leur place les pièces métalliques destinées à supporter les jambes.

Le verrou d'arrêt A est destiné :

1° A maintenir symétrique le plateau sur le bâti de la table ;

2° A fixer la partie échancrée au niveau du bâti de la table dans les opérations nécessitant la position dorso-sacrée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 10 *mai* 1894.

Porak présente un instrument inventé par M. Van Haaften d'Arhnem, qui a pour but de maintenir saisi le pied dans les cas de version difficile du fœtus.

Budin fait de la part de M. Henrotay (d'Anvers), un rapport sur l'**antisepsie en obstétrique**, présenté à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique. Dans ce travail très important, très bien fait, M. Henrotay, qui a tenu grand compte de la discussion de l'Académie de médecine de Paris, a formulé les conclusions suivantes :

Il y a lieu d'unifier pour toute la Belgique les règlements sur la matière, élaborés par les différentes commissions médicales pour les sages-femmes de leur province.

Ce règlement devrait entre autres et spécialement :

A. — Placer les accoucheuses d'une façon formelle sous la surveillance d'une autorité compétente.

B. — Exposer d'une façon précise la technique de la désinfection des mains, instruments, linges, etc., et les soins à donner aux yeux des nouveau-nés.

C. — Recommander aux sages-femmes l'usage de sublimé pour la désinfection des mains et des organes génitaux externes.

D. — Obliger toute sage-femme de connaître l'usage du thermomètre, de l'appliquer régulièrement et d'appeler un médecin dès que la température chez une accouchée dépasse 38 degrés pendant plus de 24 heures. Il devrait en être de même dès qu'apparaissent chez le nouveau-né des signes d'ophtalmie purulente, cause si fréquente de cécité.

E. — Prescrire des mesures de désinfection obligatoires pour les accoucheurs ayant soigné des cas d'infection puerpérale et donner toutes les facilités possibles pour la désinfection gratuite des linges, vêtements infectés, etc.

F. — Autoriser les accoucheuses à prescrire, sous leur responsabilité, des antiseptiques selon des formules admises.

Des pénalités doivent rendre obligatoire l'observation de ce règlement.

La notification de la fièvre puerpérale, ainsi que de tout décès d'accouchée, pendant la quinzaine qui suit l'accouchement, devrait être obligatoire pour les médecins et les sages-femmes. Cette déclaration se ferait dans les 24 heures, à une autorité compétente qui aurait à prendre les mesures que comporte la situation.

Le gouvernement devrait organiser d'une façon uniforme les conférences pour accoucheuses fonctionnant déjà dans plusieurs provinces.

Après la lecture de ce rapport, une commission a été nommée qui doit rédiger un règlement dont on espère pouvoir obtenir l'application par le gouvernement.

BRINDEAU. **Infection du nouveau-né par sa mère.** — Parlinski a démontré expérimentalement le passage du staphylocoque de la mère à l'enfant par le lait. M. Brindeau rapporte un fait clinique qui vient à l'appui des expériences de cet auteur. Le troisième jour après son accouchement, une primipare de 19 ans est prise de frissons, d'élévation de température, les lochies sont un peu fétides.

Cette infection dure une huitaine de jours. Jusqu'à ce moment, l'enfant, qui, à sa naissance, pesait 2,350 grammes, avait augmenté de 25 grammes environ par jour. Le huitième jour, il a un peu de diarrhée et perd 200 grammes en 3 jours. Son état devient très grave, désespéré même, au bout de 3 jours. Alors apparaissent des tournioles multiples aux doigts. Dès ce moment, son état s'est amélioré et cinq jours plus tard, il avait repris son poids antérieur. Dans le lait exprimé des seins de la mère, il y avait des staphylocoques dorés. Ce même micro-organisme fut retrouvé dans le pus des tournioles. L'enfant avait donc été infecté par le lait de la mère quoi qu'elle n'eût aucune manifestation locale du côté des seins.

En présence de ce fait, on peut se demander s'il n'est pas dangereux de donner le sein à l'enfant quand la mère a de l'infection sans que cependant il y ait de l'infection localisée aux seins.

M. CHARPENTIER trouve étrange que la mère n'ait pas eu de manifestation locale du côté des seins. Le staphylocoque aurait donc été transmis directement par la mère à l'enfant ?

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la conservation de l'intégrité de l'organe par où s'est faite la transmission de l'infection, c'est le passage direct du streptocoque de la mère à l'enfant par le lait et la conservation de l'état sain de la glande mammaire. D'autre part, une conséquence surgit de ce fait : Doit-on continuer ou interrompre l'allaitement maternel ?

FOURNEL demande à M. Budin s'il a rencontré un certain nombre de faits analogues à l'observation qui vient d'être présentée.

BUDIN ne peut répondre catégoriquement. Ces faits ne doivent pas être très rares. L'observation rapportée par MM. Dubrisay et Legry montre que certains enfants peuvent être infectés dans la cavité utérine. Quant à l'infection pendant l'allaitement, elle est à redouter. Que faire dans ce cas ? demande M. Charpentier. Il est difficile de préciser dès maintenant une conduite à tenir. Cependant, il y a peu de temps, en présence d'une nourrice qui avait 39°,5 et une angine tonsillaire, l'allaitement au sein fut supprimé et l'enfant nourri au lait stérilisé. 24 heures après la cessatiou de la fièvre et des accidents, le bébé fut remis au sein.

Mais des recherches nouvelles doivent être poursuivies expérimentalement et cliniquement. Dans le cas cité par M. Brindeau, l'enfant paraissait perdu lorsque des tournioles multiples apparurent. Alors revint un peu d'espoir, cela ressemblait aux phénomènes critiques décrits chez les femmes pendant les suites de couches.

FOURNEL demande à faire quelques réserves au sujet du terme *Abcès critiques* car la question est loin d'être jugée. S'il y a des cas où des abcès ont été suivis de guérison, il y en a beaucoup d'autres où les femmes ont succombé malgré l'apparition de ces abcès.

NARICH (de Smyrne). **Du massage dans l'incontinence d'urine. Procédé du professeur Brandt modifié.** — Cette méthode a sa valeur surtout dans l'incontinence d'urine où elle lui a donné de bons résultats. Sa manière d'opérer diffère de celle de Brandt en ce qu'il n'est pas nécessaire de tenir, avec la main libre, le poignet de la main qui masse, dans la suppression des vibrations conseillées par Brandt, en ce que le massage n'est fait que sur le sphincter vésical.

P. Petit. — **De l'emploi du ballon Petersen dans la colpo-périnéorrhaphie.**

La difficulté apportée à cette opération provenant surtout de la laxité des tissus sur lesquels on opère, MM. Bonnet et Petit ont trouvé beaucoup plus commode de tendre uniformément la paroi vagino-rectale à l'aide d'un ballon introduit dans le rectum.

2° L'auteur rapporte deux cas de fistule recto-vaginale traités par la méthode du dédoublement.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Maladies des voies urinaires chez la femme

Du traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'origine uréthrale. (Zur operativen Behandlung der Incontinentia urinæ urethralen Ursprungs beim Weibe.) Himmelfarb. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 44, Hft. 2, p. 312.

Ce travail est basé sur un fait. Jeune fille de 17 ans et demi, atteinte d'incontinence d'urine d'origine uréthrale, qui déjà avait subi plusieurs opérations faites dans le but de remédier à cette infirmité, opérations qui d'ailleurs échouèrent. A l'examen qui précéda le dernier mode opératoire, l'état de la malade était le suivant : Grandes lèvres normalement réunies en bas, mais, en haut, divisées au niveau de l'arcade pubienne, laissant entre elles un vide mesurant environ 4 centim. et se continuant insensiblement avec la peau du mont de Vénus. Mont de Vénus aplati. Petites lèvres également séparées dans la région supérieure, et, comme conséquence, absence de frein et de prépuce clitoridiens. Pas de gland du clitoris, non plus que de racines de cet organe. Toutefois, il est impossible d'affirmer que le clitoris ait totalement manqué. Entre les grandes lèvres divisées, on aperçoit au-dessous de la symphyse le vestibule du vagin fortement rentré, et le méat urinaire encore plus fortement rentré. L'orifice uréthral, contrairement à ce qui est normal, n'a pas des bords élevés ; c'est-à dire qu'il est dépourvu des prolongements muqueux qui existent d'or-

dinaire. Dans la région environnante, on voit du tissu cicatriciel, vestige des opérations antérieures. L'urèthre est court et large. Le cathéter ne rencontre aucune résistance au niveau du col de la vessie, d'où il suit que le sphincter vésical est imparfaitement développé ou qu'il manque tout à fait. Au-dessous de l'orifice de l'urèthre, se voit l'orifice du vagin, avec un hymen semi-lunaire, et un orifice admettant l'index. L'utérus a la forme et les dimensions de celui d'une jeune fille et présente l'antéflexion normale. Au résumé, *incontinence d'urine complète, d'origine uréthrale, urèthre court et large, très rentré au-dessous de l'arcade pubienne.*

Plan opératoire : *a*) allonger l'urèthre, *b*) le diminuer dans toute sa longueur, *c*) l'infléchir, l'incurver en attirant sa portion inférieure vers la symphyse.

Sur les deux côtés de l'urèthre, le chirurgien dessina une incision semi-lunaire, puis tailla aux dépens de la muqueuse et du tissu sous-jacent deux lambeaux semi-lunaires dont la base constituait un prolongement direct des parois latérales et en partie supérieure et inférieure de l'urèthre. Les lambeaux étant ramenés en forme de manchette, les surfaces orientées furent suturées au moyen de sutures profondes, en argent, conduites de haut en bas. Ce premier temps réalisa : 1° un allongement de l'urèthre proportionné au lambeau disséqué; 2° un rétrécissement ou, plus exactement, une contraction de l'urèthre dans sa portion inférieure jusqu'à un tiers de son volume primitif. Les lambeaux disséqués avaient non seulement allongé l'urèthre, mais constitué un nouvel orifice externe, entouré par une paroi comme dans l'urèthre normal.

Pour diminuer l'urèthre dans sa partie inférieure, le chirurgien disséqua sur la paroi antérieure du vagin, dans la région du col de la vessie et de la portion supérieure de l'urèthre, un lambeau ovale, contigu à la muqueuse du canal excréteur de l'urine, et réunit transversalement les bords de la plaie avec des sutures d'argent. Le troisième desideratum fut réalisé comme il suit : entre la symphyse et le bord supérieur de l'urèthre, on excisa une portion du tissu péri-uréthral. Puis, on passa des fils en argent, de haut en bas, qui, une fois noués, remontèrent la paroi inférieure de l'urèthre vers la symphyse, créant ainsi une coudure de l'urèthre, c'est-à-dire un obstacle à l'écoulement de l'urine.

Le *résultat* définitif fut excellent, et la continence complète se maintient depuis neuf mois.

Toutefois, l'auteur ne pense pas que la méthode convienne à tous les cas d'incontinence d'origine uréthrale. Il lui paraît convenir surtout à ceux dans lesquels l'urèthre, comme dans les anomalies congénitales, est anormalement court et profondément rentré sous l'arcade pubienne. R. L.

Examen direct de la vessie chez la femme, élévation du bassin, cathétérisme des uretères, avec ou sans élévation du bassin. (The direct examination of the female bladder with elevated pelvis. The catheterisation of the ureters und direct inspection, with and without elevation of the pelvis, par H. A. KELLY, de Baltimore, *Amer. J. of. obst.*, janvier 1894, t. I, p. 1, et Catheterization of the ureters, *Annals of Gynæcology*, Phil., août 1893, p. 641.

Kelly cite les travaux de Simon, de Grünfeld, de Skene, de Rutenberg, de Winckel, de Morris et de B. H. Wells, puis il passe à la description de son procédé et de ses instruments, qui ne peut guère être comprise, il le dit lui-même, qu'avec l'aide des 20 figures qui illustrent son mémoire.

Il emploie : la sonde de femme, une série de dilatateurs pour l'urèthre, une série de spéculums uréthraux avec leurs obturateurs, un miroir frontal pour l'opérateur, une bonne lampe, de minces pinces à dents de souris, un appareil à *succion* (c'est une poire en caoutchouc avec un large tube et une canule) pour vider complètement la vessie, un instrument pour chercher l'uretère (c'est une longue et mince sonde dont le manche est recourbé à angle obtus), une sonde uréthrale et des coussins pour élever le siège de la patiente.

L'auteur peut dilater l'urèthre jusqu'à 12 millim. (en diamètre) sans déchirure importante. Il n'a jamais été obligé d'inciser le méat. Les dilatateurs gradués au milieu sont en métal, et réunis deux à deux, l'un servant de manche au second. Ses spéculums sont gradués de même en millimètres ; Le spéculum *chercheur* porte une marque, à 5 centim. 5 de son extrémité, lorsque cette marque affleure le méat, l'extrémité vésicale de l'instrument est proche de l'orifice de l'uretère qu'on trouve en dirigeant le spéculum de différents côtés.

Lorsque le spéculum est en place la femme ayant le bassin

élevé, l'air pénètre dans la vessie, et la distend. Il devient dès lors aisé de voir les orifices des uretères, dont le pourtour est un peu plus rouge que le reste de la muqueuse uréthrale.

L'élévation du bassin devient de moins en moins souvent nécessaire à mesure que l'opérateur acquiert plus d'habitude de l'uretéro-cathétérisme.

Kelly fait aussi l'uretéro-cathétérisme dans la position génu-faciale.

Outre les avantages diagnostiques et thérapeutiques de cette méthode, on fait remarquer combien il est utile de connaître la position exacte des uretères dans l'hystérectomie. A. C.

Mes travaux récents sur l'uretère. (My recent ureteral work), par Howard A. Kelly. *Annals of gynæcology*, Philadelphie, mai 1893, p. 449.

Exposé de l'anatomie de l'uretère, de sa palpation, de son cathétérisme (voir plus haut), de ses maladies, en particulier dans leurs rapports avec les diverses lésions des organes génitaux de la femme.

De l'infection des voies urinaires après l'accouchement. (Post partum infection of the urinary tract), par Norris. *Medical Standard*, Chicago, janvier 1894, t. XI, p. 16, et *Annals of Gynæcology*, Philad., juillet 1893, p. 577.

Presque toujours l'infection de la vessie et des reins, que l'on observe après l'accouchement, doit être mise sur le compte d'un cathétérisme septique. Il n'en est pas cependant toujours ainsi comme en témoignent trois observations. Dans l'une la malade fut bien sondée douze heures après la délivrance, mais elle le fut, dit-on, avec toutes les précautions antiseptiques : bientôt après, cystite, urines purulentes et renfermant des streptocoques, phénomènes généraux graves ; néanmoins guérison. Dans les deux autres cas, les femmes avaient présenté des phénomènes d'infection vésicale et surtout rénale avant d'être sondées : l'une d'elles mourut avec des complications cérébrales.

L'auteur se pose à la suite les questions suivantes : à quelle époque de la grossesse se fait l'infection et combien de temps après l'infection vésicale se fait l'infection rénale. Il se demande également, et avec une certaine tendance à l'affirmative, si les reins ne peuvent pas être infectés avant toute lésion vésicale.

P. N.

Quelques mots sur les sténoses de l'urèthre féminin. (Einige Worte über Verengerungen der weiblichen Urethra), G. KLEINWACHTER. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXVIII, Hft. 1, p. 122.

Contrairement à l'opinion émise par E. van de Warker (1), Kleinwächter estime que les strictures uréthrales sont extrêmement rares. Sur un total de 3,000 cas gynécologiques, il n'en a observé que trois.

Étiologie. — Existe-t-il des *sténoses d'origine congénitale?* Gilliam, Horrocks, Fissiau, en ont cité. En tout cas, elles sont très rares. La cause la plus commune est *la gonorrhée.* Dans l'immense majorité des cas, la gonorrhée uréthrale succède, à quelques jours près, à l'infection du vagin, et quand on n'institue pas de bonne heure un traitement convenable, se complique rapidement de cystite parfois interne. Si, cependant, les sténoses sont exceptionnelles, cela tient probablement aux dispositions anatomiques spéciales de la région chez la femme (brièveté du col, direction, extension, relativement facile par les mictions). La forme de ces sténoses varie. Tantôt annulaires, tantôt cylindriques en quelque sorte, c'est-à-dire occupant une portion plus ou moins longue du canal. Plus rares sont les *strictures consécutives à la cicatrisation d'ulcères de nature syphilitique.* Également, *celles qui compliquent un lupus*, affection qui, d'après les faits connus jusqu'à ce jour, n'affecte que secondairement l'urèthre. Herman (2) a signalé une autre pathogénie. Il s'agirait d'un processus spécial, particulier à la vieillesse, produisant un épaississement, une induration, et consécutivement une coarctation de tout l'urèthre, *strictures séniles.* Mais l'anatomie pathologique de la lésion reste à faire. Très exceptionnellement, on peut rencontrer des *sténoses par tumeurs ayant pris naissance dans la paroi uréthrale*, encore ces tumeurs ne diminuent-elles la lumière du canal que lorsqu'elles sont encore très petites (polypes, sébacées veineuses). A signaler enfin, les *strictures, conséquences de lésions produites pendant l'acte de l'accouchement ou d'accidents de nature traumatique étrangers à la parturition.* L'auteur relate plus ou moins succinctement quelques observations types de certaines de ces variétés de rupture.

Puis, après avoir brièvement esquissé la symptomatologie et

---

(1) ELYNAU DE WARKER. *Philadelphia Med. News*, 1887, p. 59.

(2) HERMAN *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1888, Bd. 29, p. 27

traité la question du diagnostic, lequel est en général fort simple, il passe au traitement qui est basé sur la nature et le degré de la sténose.

Les sténoses de tout l'urèthre ou seulement de sa portion inférieure, produites par une fistule vésico-vaginale ou uréthro-vaginale, sont justiciables de la dilatation combinée avec l'occlusion chirurgicale de la fistule. L'introduction circonspecte de cathéters ou de bougies en rapports avec le degré du rétrécissement agit efficacement et tôt.

Les cordons cicatriciels qui créent des strictures à l'orifice uréthral, sont également justificiables de la dilatation. Mais le but est plus vite atteint quand on débride avec le bistouri et qu'on complète l'intervention par la dilatation. Dans le cas de coarctations vasculaires profondes, le bistouri expose à des hémorrhagies difficiles à maîtriser. Il faut alors recourir à la compression du point saignant au moyen d'un spéculum uréthral.

En général, *on atteint le but désirable avec la dilatation progressive.* Elle permet d'éviter les lésions de l'urèthre qui, étant donné les qualités souvent irritantes de l'urine, ne sont pas insignifiantes, bien loin de là ! Toutefois, le traitement galvanique possède les avantages de la méthode rapide de dilatation et n'en a pas les inconvénients. La cicatrice produite par le pôle négatif reste molle et ne se rétracte pas. Exceptionnellement, on observe chez les femmes des strictures si considérables qu'elles imposent une intervention rapide et sanglante (ponction de la vessie par la voie abdominale). Enfin, très rarement, on aura l'occasion de mettre en pratique la proposition de Felsenreich (1) « *section de la portion rétrécie et suture de la muqueuse uréthrale ou opération à lambeaux* ».

R. L.

---

(1) FELSENREICH. *Cent. f. Gyn.*, 1892, p. 193. L'observation fut rapportée à la Société obstétricale et gynécologique de Vienne. Femme de 35 ans atteinte depuis trois ans de sténose cicatricielle du tiers externe de l'urèthre, d'origine gonorrhéique. En deux séances de dilatation, Felsenreich obtint une perméabilité qui mit fin à tous les accidents. Comme traitement radical, ajoute-t-il, on pourrait choisir entre la section de la région rétrécie combinée avec la suture de la muqueuse uréthrale avec celle du vagin, ou suivant la proposition de Sänger, à l'opération à lambeaux.

Un cas de myôme de l'urèthre féminin. (Ein Fall von Myom der weiblichen Urethra). BUTTNER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXVIII, Hft. 1, p. 136.

Tumeur de la grosseur environ d'un œuf de poule, constituée essentiellement d'éléments musculaires lisses avec les longs noyaux caractéristiques, rappelant surtout à l'examen histologique, les myômes purs de l'utérus. Elle s'était développée aux dépens du tissu musculaire lisse de la muqueuse uréthrale, tissu disposé, suivant Henle, en deux couches, l'une interne, longitudinale, l'autre externe, circulaire. La femme qui en était atteinte, âgée de 40 ans, éprouvait, depuis un an, comme une sensation de compression au niveau de la région uréthrale. Puis, étaient survenus du ténesme vésical et des douleurs d'autant plus vives que l'urine était retenue plus longtemps. L'extirpation, remarquablement facile, fut pratiquée par Ahlfeld après incision de la capsule fine de nature connective, qui entourait la tumeur. Guérison rapide et complète.

R. L.

Sarcome de l'urèthre féminin. (Sarkom der weiblichen Urethra), EHRENDOFER. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 17, p. 321.

Affection extrêmement rare. L'auteur n'a pu, dans la littérature médicale, en retrouver qu'une autre observation publiée par Beigel (1). Voici le cas observé par Ehrendofer :

OBS. — Femme âgée de 52 ans, ayant eu un accouchement 23 années auparavant. Ménopaune, il y a 8 ans. Un an et demi environ avant son entrée à l'hôpital (octobre 1891), elle constata l'apparition et le développement progressif au niveau du méat urinaire d'une tuméfaction qui, jusque dans les derniers temps, ne détermina pas de troubles urinaires notables. Son attention fut attirée sur cette tuméfaction par la production d'un écoulement séro-sanguinolent, et par l'apparition d'un écoulement sanguin après le coït. *Examen local.* — De la vulve proémine un néoplasme, repoussant grandes et petites lèvres, lequel est constitué par plusieurs tumeurs, assez vivement injectées, en partie sphériques, en partie semblables à des crêtes de coq.

Le néoplasme est essentiellement formé de trois tumeurs à direction à peu près sagittale, de dimensions remarquables et présentant sur certains points une desquamation épithéliale légère et secrétant en quantité modérée un liquide séro-sanguinolent. Deux de ces tumeurs portent à leur bord anté-

(1) *Krankheiten des weiblichen Geschlectes.* Stuttgart, 1875, Bd II, p. 653.

rieur des saillies sphériques, fongiformes, ces dernières sont plus pâles, comme œdémateuses. Ces tumeurs partent des bords inférieur et latéraux du méat urinaire et se continuent avec d'autres plus petites, qui occupent le bord supérieur de sorte que, *tout le bord du méat urinaire sert de point d'origine aux tumeurs de dimensions diverses et constitue, en quelque sorte, une sorte de pédicule ou néoplasme considéré dans l'ensemble.* Le méat urinaire, bordé par ces tumeurs, laisse facilement pénétrer un cathéter, et la partie antérieure de l'urèthre est plus dure, plus résistante qu'à l'état normal. Pas d'infiltrats, pas d'engorgements ganglionnaires. Atrophie sénile de l'utérus.

Extirpation de la tumeur. — Suture au catgut de la muqueuse de l'urèthre avec la muqueuse externe, etc., etc. Quatre semaines après, la plaie était complètement cicatrisée. — Suit une description histologique minutieuse, accompagnée de deux planches qui en facilitent beaucoup la lecture. L'examen microscopique révéla nettement la nature sarcomateuse du néoplasme.

Remarques. Abstraction faite de la structure cellulaire, le sarcome de l'urèthre, sous de nombreux rapports, présente une grande analogie avec les polypes vasculaires (caroncules uréthraux) qui, émanés d'un tissu connectif richement vascularisé et de pupilles hypertrophiées avec revêtement d'épithéliums pavimenteux, sont pédiculés ou sessiles, se montrent isolés ou par groupes, le plus souvent à la commissure postérieure, rarement aux parois latérales externes voisines des lèvres externes de l'urèthre, qui, en outre, sont très vasculaires et douloureux.

Le fait que le bord postérieur du méat urinaire constitue un lieu de prédilection aussi bien pour les polypes vasculaires que pour le sarcome uréthral, tient probablement à ce que la muqueuse de l'urèthre est disposée en plis longitudinaux, dont un médian, correspondant à la paroi postérieure, paraissant un prolongement de l'extrémité du trigone, se distingue par sa hauteur et sa constance (J. Henle). On sait, en outre, que spécialement vers le méat urinaire, existent des papilles fortement développées et des petits replis, les uns transversaux les autres longitudinaux, qui bordent pour ainsi dire l'entrée du canal. Aussi, l'auteur estime-t-il qu'il faut chercher la raison du développement des néoplasmes de la région dans sa structure anatomique elle-même et non dans les traumatismes divers auxquels elle est exposée. Enfin, comme la muqueuse de l'urèthre est composée de tissu connectif, fibrillaire, finement fasciculé, serré, de nombreuses cellules rondes et

fusiformes, et de fibres élastiques (C. Todt), tout porte à croire que l'origine dee sarcomes réside précisément dans ce stroma riche en cellules. R. L.

Première centaine d'opérations de fistules uro-génitales chez la femme. (La prima centuria di donne operate di fistale uro genitali). O. MORISANI. *Giornale internaz. delle Sc. Mediche*, Napoli, 1892, p. 280.

Morisani divise les fistules uro-génitales chez la femme en : 1° fistules uréthro-vaginales ; 2° fistules vésico-vaginales ; 3° fistules vésico-urétéro-vaginales ; 4° fistules vésico-cervico-utéro-vaginales subdivisées en superficielles ou profondes ; 5° fistules urétro-vésico-utéro-vaginales ou cloaque uro-génital.

Parmi les complications de ces différentes fistules, l'auteur insiste sur le rétrécissement et l'imperméabilité même de l'urèthre, sur le prolapsus de la muqueuse vésicale, sur les rétrécissements du calibre du vagin par les brides saillantes en forme d'anneau rendant souvent des petites fistules inaccessibles ou invisibles, déterminant de la rétention de l'urine et par suite des calculs. Les bords de la fistule, adhèrent quelquefois aux os du bassin à la symphyse ou à une branche ischio-pubienne. Enfin le tissu cellulaire péri-fistuleux peut-être sclérosé. Les ulcérations vaginales et vulvaires peuvent se recouvrir de fausses membranes et de saillies condylomateuses.

Dans le traitement, l'auteur insiste beaucoup sur la nécessité d'une antisepsie complète des voies génitales ; pour l'opération il faut le plus souvent coucher la malade sur le côté gauche, suivant la méthode de Sims ; autant que possible il n'endort pas le malade ; il emploie le plus souvent les fils métalliques, quelquefois moitié fils métalliques, moitié fils de soie.

Parmi les accidents consécutifs à l'opération, il faut noter les spasmes, le ténesme vésical et l'hémorrhagie.

Chez quelques malades, pour que la guérison soit complète, l'opération doit être renouvelée plusieurs fois. P. MAUCLAIRE.

Rapports de quelques troubles urinaires avec la chirurgie gynécologique. (The relation of certain urinary condition to gynecological surgery). Ch.-P. NOBLE, de Philadelphie. *Amer. J. of obst.*, t. II, déc. 1893, p. 753.

L'auteur l'étudie comme suite des opérations.

L'albuminurie est une complication fréquente des maladies des femmes; souvent elle n'indique pas une maladie grave.

Pour examiner l'urine, il faut l'évacuer avec la sonde, afin d'éviter son mélange avec les sécrétions vaginales.

La présence de tubuli n'est pas non plus une signification très grave. La sécrétion urinaire est diminuée pendant plusieurs jours après une opération.

Les cœliotomies qui exigent une manipulation prolongée des organes abdominaux, chez les femmes lymphatiques, ont en général une issue fatale. L'auteur termine en rapportant six cas dont la moitié s'est terminée heureusement. A. CORDES.

Contribution à l'étude de l'étiologie des cystites survenues en dehors du cathétérisme. E. REYMOND. *Gazette hebdomadaire*, Paris, 24 février 1894, t. XLI, nº 8, p. 86.

C'est une réaction contre cette manière de voir généralement admise qui veut que toute cystite ait sa cause dans une infection bactérienne directe ascendante ou descendante et qui n'accorde aux inflammations de voisinage qu'une influence mécanique ou un rôle de congestion. Tous les faits cependant ne répondent pas à cette pathogénie : telles sont les cystites non tuberculeuses et non imputables au cathétérisme qui se développent chez des femmes atteintes de suppurations pelviennes et en particulier de salpingites adhérentes à la vessie. M. Reymond a mené à bonne fin un certain nombre d'expériences montrant que l'infection peut provenir du passage direct des microbes au travers des parois vésicales.

P. N.

Un cas de déplacement traumatique de l'urèthre chez la femme et un cas d'atrésie vaginale après accouchement. (Ein Fall von Verlagerung der weiblichen Harnröhrenmundung traumatischen Ursprungs nebst Mittheilung einer in Puerperium erworbenen Scheidenatresie.) NEUGEBAUER, *Centralb. f. Gynäkol.*, 1893, nº 7, p. 130.

Il s'agit d'une jeune fille vierge de 21 ans, venue pour des mictions douloureuses qui d'après elle seraient survenues à l'âge de 16 ans, après un traumatisme de la région vulvaire (compression contre un mur et un brancard).

A l'examen on trouva à la place de l'orifice de l'urèthre une

bride fibreuse qui réunissait les petites lèvres et se perdait dans le vagin. La bride incisée, de même là membrane de l'hymen, on trouve l'orifice uréthral, qui conduisait dans la vessie, sur la paroi antérieure du vagin, au milieu d'une dépression de la muqueuse vaginale.

Pour l'auteur il y eut, pendant le traumatisme, arrachement de la partie inférieure de l'urèthre avec son orifice de l'arc du pubis avec la muqueuse correspondante et lésion traumatique des petites lèvres qui se sont soudées ; s'il n'y a pas eu coarctation et oblitération du uréthral rétracté, c'est grâce au passage de l'urine pendant les mictions. A. B.

Calculs de la vessie chez la femme. (Zur Kenntniss der Blasensteine bei Frauen), MANKIEWCZ. *Berliner klin., Wochenschrift.* 1893, nº 2.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 47 ans, qui, un an après la laparotomie pour ablation de l'utérus myomateux et des annexes, fut prise d'accidents vésicaux et expulsa spontanément un calcul gros comme une amande. Après quelques mois de répit, les accidents reparurent, et l'exploration montra l'existence d'un nouveau calcul qu'on enleva en deux séances de lithotritie ; pendant la seconde, on trouva entre les mors du lithotriteur un fil de soie noué, long de 7 centimètres et demi. On coupa alors le calcul expulsé spontanément, et là aussi on trouva au centre un fil de soie.

Il est évident que les fils provenaient des sutures du pédicule après la laparotomie. Trois hypothèses peuvent être formulées pour expliquer leur présence dans le réservoir urinaire : 1º les fils ont étranglé une portion du muscle vésical qui s'est gangrenée ; 2º un abcès s'est formé autour des fils, et s'est ensuite ouvert dans la vessie ; 3º des fils ont été le point de départ d'une inflammation qui a atteint la vessie.

Dans la littérature, on ne trouve que quatre cas de ce genre publiés par Maudoch, Nitze, V. Dittel et Landau. A. B.

Cystotomie sus-pubienne pour rétention d'urine par cancer du vagin. (Supra-pubia cystotomy in retention of urine resulting from cancer of the vagina), ARNOLD CADDY. *Lancet*, Londres, 1891, p. 1163.

Femme de 65 ans, atteinte depuis cinquante heures d'une rétentention d'urine. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Le vagin est

encombré, le rectum envahi, l'urèthre obstrué par le néoplasme. Il est impossible de découvrir l'orifice de l'urèthre et de passer une sonde.

Incision de trois pouces à l'hypogastre. La vessie est ouverte et suturée à la paroi. L'orifice cutané de l'urèthre est sain. Un drain vésical est mis dans la plaie. Au bout de quelques jours, la malade quitte l'hôpital, très améliorée. J.-L. FAURE.

Accouchement et exstrophie de la vessie. (Ein Geburt bei Spaltbecken mit Blasenektropsie), KLEIN, *Arch. f. Gynäkol.*, 1893. Bd XLIII, p. 349.

Il s'agit d'un accouchement spontané (sauf deux incisions latérales au moment où la tête de l'enfant apparut à la vulve) chez une femme de 29 ans qui, à côté du bassin fendu, présentait encore une exstrophie de la vessie.

Au niveau où normalement se trouve la symphyse, existait sur le tégument externe une surface muqueuse — la paroi postérieure de la vessie — de 5 centim. de largeur sur trois de hauteur, avec les deux orifices urétéraux ; au-dessous de la vessie, séparée par une sorte de rigole, une autre surface muqueuse de 5 centim. de largeur sur un de longueur, — la paroi postérieure de l'urèthre. Le vestibule du vagin, qui n'admettait que deux doigts, était caché par le prolapsus de la paroi antérieure du vagin et limité par les petites et les grandes lèvres. A. B.

Fissure de la vessie. (Fissura vesicæ superior), BRAUM. *Arch. f. klin. Chir.*, 1892, Bd XLIII, p. 185.

L'auteur rapporte un cas très rare de fissure congénitale de la vessie, occupant la paroi supérieure de l'organe.

La malade, une fille de 15 ans, s'est présentée avec une tumeur arrondie, de la dimension d'une pomme, siégeant sur la partie inférieure de la paroi abdominale. Il était facile de constater que la tumeur était constituée par la partie postéro-supérieure de la vessie, dont la partie inférieure se trouvait à la place normale ; il n'existait pas d'étranglement ou de bride entre les deux.

La surface de la tumeur, lisse, sèche, couverte de cellules épidermiques, était divisée en trois parties saillantes, et présentait au milieu une surface granuleuse, de la dimension d'une pièce de 10 pfennings. Une fois que la tumeur était réduite, il restait un orifice de 7 centim. de long sur 6 de large. Les grandes et les

petites lèvres étaient normales, le clitoris remplacé par plusieurs tubercules ; l'orifice des uretères se trouvait dans la partie inférieure de la vessie. Une sonde introduite dans l'orifice externe de l'urèthre normal, pénétrait sans difficulté dans la vessie.

L'auteur essaya tout d'abord de fermer la partie supérieure de la fente vésico-abdominale par suture après avivement des parties ; mais la tension étant trop grande, même après plusieurs incisions libératrices, on fit séance tenante une opération autoplastique à l'aide de deux lambeaux à base inférieure, taillés de chaque côté de l'orifice. Mais comme les lambeaux se gangrenèrent partiellement, on fut obligé de refaire une nouvelle autoplastie, après laquelle il persista une fistule qui finit par se fermer.

Les résultats fonctionnels et opératoires furent excellents, et la malade quitta l'hôpital en conservant seulement un peu de cystite.

Il n'existe dans la science qu'une seule observation analogue, celle de Froriep, que l'auteur rapporte in extenso. A. B.

De la méthode américaine dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. Franc. *J. des Sc. méd.*, Lille, avril 1891, p. 391.

La base essentielle de cette méthode, consiste dans l'affrontement de la plaie non plus par de simples bords, mais par de larges surfaces. L'avivement doit comprendre toute la paroi du trajet fistuleux et s'étendre tout autour, sur la muqueuse vaginale jusqu'à une distance d'un centimètre à un centimètre et demi. Suit une observation où l'anesthésie fut faite avec le cocaïne le résultat opératoire fut parfait.

P. Mauclaire.

II. — Bactériologie génitale

Notes cliniques et bactériologiques sur deux observations d'infection tuberculeuse par les voies génitales chez la femme. (Note cliniche e batteriologiche su due osservazioni d'infezione tubercolare per le via genitale nella donna), par Roth. *Annali di Ostet. e Ginecol.* Milano, mars 1890, p. 264.

L'auteur rapporte les observations de deux malades atteintes d'endométrite ulcéreuse; l'examen bactériologique de l'exsudat

révéla la présence de bacilles tuberculeux. Les deux maris étaient porteurs de lésions tuberculeuses dans les testicules et dans les poumons. — Le mode de contagion par les rapports sexuels lui paraît le plus probable; l'évolution morphologique du bacille tuberculeux n'étant pas connue, son absence dans le sperme n'est pas une raison suffisante pour nier ce mode de contagion.

P. Mauclaire.

De l'influence des bactéries du vagin sur la marche des suites de couches. — Ueber den Einfluss der Scheidenbakterien auf den Verlauf des Wochenbettes), L. Burckhardt. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 45, Hft 1, p. 71.

Ce travail a été fait dans le service de Fehling (Bâle) et il a été suggéré par les recherches et les résultats publiés par Döderlein. On sait que ce dernier (1) a fait des recherches très intéressantes relatives aux caractères différentiels des sécrétions vaginales normales et pathologiques chez les femmes enceintes et chez les parturientes, et qu'il en a déduit un certain nombre de données pratiques : en particulier, *qu'il ne faut pas faire d'examen interne chez une femme enceinte dont la sécrétion vaginale présente les caractères de la sécrétion vaginale pathologique.*

S'inspirant de ces recherches, Burckhardt s'est proposé à son tour de tâcher de résoudre les questions suivantes :

1° Peut-on établir une différence nette, formelle entre la sécrétion vaginale normale et pathologique ?

2° Comment se comportent respectivement la sécrétion normale et la sécrétion pathologique vis-à-vis des suites de couches ?

3° Quelle influence possède l'examen clinique dans l'un ou l'autre cas ?

4° Faut-il supprimer complètement l'examen par les étudiants ou les sages-femmes des femmes enceintes à sécrétion vaginale pathologique ?

A cet effet, il a été recueilli de la sécrétion vaginale sur 150 femmes. Mais, de ce nombre 34 n'ont pu être l'objet d'une observation assez prolongée, c'est-à-dire que les suites de couches n'ont pas été suffisamment étudiées pour faire servir ces cas à cette étude. Restent dont 116 cas.

---

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1894, p. 78.

Après avoir soigneusement détaillé la technique de ses recherches et analysé en particulier chacune des quatre questions posées, l'auteur résume les conséquences pratiques de ses recherches de la façon suivante :

Quand, chez une femme enceinte, la sécrétion vaginale est normale, on peut utiliser cette femme pour l'examen clinique sans lavage prophylactique.

Par contre, lorque la sécrétion est pathologique, il faut faire précéder tout examen clinique d'une irrigation abondante au lysol ou avec une solution phéniquée faible. Quand on dispose d'assez de temps pour préparer une femme enceinte à l'accouchement, il convient d'employer les lavages avec une solution à 1 p. 100 d'acide lactique, comme le recommande Döderlein, parce qu'ils préparent des processus physiologiques de cicatrisation en transformant la sécrétion vaginale pathologique en sécrétion normale. Toutefois, avant d'introduire définitivement cette donnée dans la pratique, il est nécessaire d'étudier plus complètement les bacilles du vagin isolés par Döderlein, dans leur mode de vie et de développement.

Au résumé, la distinction faite d'une sécrétion vaginale normale et d'une sécrétion vaginale pathologique est parfaitement justifiée. D'autre part, quand la sécrétion vaginale est pathologique, on a beaucoup plus à redouter des suites de couches compliquées que dans l'éventualité contraire. *Mais la sécrétion vaginale pathologique ne suffit pas en soi pour faire supprimer l'examen clinique*, et les risques qu'elle fait courir sont considérablement diminués par une désinfection prophylactique *à fond*.

En pratique, on doit supprimer la désinfection du canal génital (irrigations ou grattages), dans tous les cas, à moins que des interventions chirurgicales importantes ne les rendent nécessaires ou bien qu'on ait constaté un état pathologique de la muqueuse du vagin et de la sécrétion vaginale. Par contre, il faut désinfecter minutieusement les parties génitales externes avant tout accouchement, comme avant toute opération obstétricale. Les recherches de C. Hœgler ont, en effet, enseigné qu'il existe constamment vers l'orifice vaginal et particulièrement au niveau du pubis des staphylocoques, voire des streptocoques.

Suit un tableau synoptique où sont consignés les détails essentiels des 116 cas utilisés par l'auteur. R. L.

Érysipèle et gonorrhée. (Erysipel und Gonorrhoé), A. SCHMIDT. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 39, p. 901.

On savait, par la clinique, que l'érysipèle survenant accidentellement chez un malade atteint d'un néoplasme malin (sarcome, cancer) influait, en certains cas, d'une façon extrêmement favorable sur ce dernier. Les observations de ce genre avaient été si encourageantes qu'on avait pensé à inoculer l'érysipèle dans des cas analognes et que l'expérience avait été faite (Felsenreich). Or, tout en constatant ce qu'il y a encore d'incertain dans l'efficacité et l'application de cette méthode thérapeutique, l'auteur se contente d'enregistrer un fait de cette *action heureuse de l'affection érysipélateuse, mais sur une autre affection infectieuse, inflammatoire, la gonorrhée.* Il s'agissait d'une petite fille âgée de 3 ans, atteinte de gonorrhée aiguë, avec écoulement abondant. Or, un érysipèle s'étant développé, dès les premiers jours, en dehors de la zone génitale, immédiatement les symptômes de gonorrhée disparurent, fait remarquable, la maladie étant habituellement tenace; deux mois et demi plus tard, rien n'indiquait une rechute, si bénigne qu'elle fût, de la gonorrhée.

R. L.

Note sur la sécrétion vaginale. (A note on vaginal secretion), par WILLIAM JOHN GOW. In *Transactions of the obstetrical Society of London*, janvier et février 1894, n° 52.

Les sécrétions que l'on trouve dans le vagin proviennent en partie de la muqueuse du corps et du col de l'utérus et en partie de la surface vaginale. Il fallait avant tout démontrer que le vagin sécrétait; or, l'auteur a pu le constater d'abord sur des femmes qui avaient subi une hystérectomie totale, puis sur des femmes atteintes d'un prolapsus prononcé : chez ces dernières le dernier pouce de la paroi postérieure était toujours humecté par une sécrétion acide.

Mais par quel mécanisme physiologique le vagin sécrète-t-il puisque anatomiquement, il est dépourvu de glandes ou en tout n'en renferme qu'une très petite quantité, comme von Preuschen et d'autres l'ont montré? Sur ce point l'auteur s'abandonne à une longue digression anatomique et physiologique pour montrer que les glandes ne sont pas indispensables à la sécrétion, qu'une muqueuse quelconque peut sécréter et que si certaines glandes

(salivaires, pancréatiques, mammaires) arrivent à un haut degré de spécialisation, la majorité (telles les glandes intestinales) n'ont d'autre but que d'augmenter l'étendue de la surface sécrétante : les replis et culs-de-sac vaginaux n'auraient pas à ce point de vue une signification différente des replis de la trompe de Fallope. Il rapproche volontiers la sécrétion vaginale de la sécrétion sébacée, c'est-à-dire desquamation et chute de l'épithélium vaginal et transsudation d'un liquide albumineux.

La sécrétion vaginale ainsi obtenue sur des femmes privées d'utérus est opaque et d'aspect mucilagineux : au microscope elle contient des cellules nucléées analogues à celles du revêtement épithélial. Mélangée à l'eau et traitée par l'acide nitrique elle se coagule : l'ammoniaque lui donne une couleur jaune (xanthoprotéine), et la liqueur cupro-potassique une couleur violette ; toutes ces réactions dénotent la présence d'une matière protéique provenant soit des globules, soit de substances albuminoïdes naissantes.

Sa *réaction* acide a été signalée depuis longtemps : cependant les travaux de Doderlein ont montré que les bactéries vivaient en abondance dans le vagin. Comment expliquer cette anomalie ? l'acidité est-elle réellement primitive ou au contraire consécutive à des décompositions d'origine bactérienne ? Une expérience dont il serait trop long de rapporter les détails, montre que la sécrétion vaginale est primitivement alcaline.

Doderlein a montré aussi que le bacille qu'il a appelé « bacillus vaginæ » existait dans les sécrétions normales; on peut le cultiver soit dans du bouillon, soit dans de l'agar additionnés de 1 p. 100 de sucre : il se produit alors un acide qui est de l'acide lactique; en effet, mélangé à 50 centim. cubes d'eau additionnée de deux gouttes de perchlorure de fer, il donne une coloration jaune qui ne se produit pas avec l'acide butyrique. L'acide lactique serait donc l'agent principal mais non exclusif de l'acidité des sécrétions vaginales.

P. N.

III. — Hystérectomie sacrée

De la technique et des indications de l'extirpation totale de l'utérus par la voie sacrée. (Zur Technik und Indication der sacralen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus, G. Abel. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 19, p. 450.

A la clinique de Leipzig, Zweifel a fait sept fois l'hystérectomie totale par la voie sacrée; dans tous les cas, il y avait étroitesse très marquée du vagin par atrophie sénile.

1)..... 60 ans, cancer de la portion, rétraction cicatricielle du paramétrium droit, opération le 9 janvier 1891, sans incident. *Réouverture de la plaie cutanée.* Suture secondaire; la femme est renvoyée, *guérie*, 39 jours après l'opération.

2)..... 50 ans, cancer de la portion s'étendant de la lèvre antérieure du col, jusqu'à 1 centim. sur le vagin. Utérus petit, immobile, opération le 10 février 1891. Cancer propagé à la vessie, difficile à enlever dans cette région. Drainage à la gaze iodoformée par le vagin; fistule vésico-vaginale. Le 23 mars, opération de la fistule, et, à la même occasion, suture secondaire de la plaie cutanée *réouverte.* Le 15 avril, nouvelle opération de la fistule : *Mort* par septicémie, après gangrène de la vessie au neuvième jour.

3)..... 52 ans, cancer de la portion. Infiltration du tissu conjonctif paracervical; coupe de l'utérus augmenté de volume. Opération le 4 mars 1891; on dut laisser le tissu cancéreux qui intéressait la vessie. *Réouverture de la plaie cutanée ;* suture secondaire. La femme fut renvoyée cinquante-cinq jours après avoir été opérée.

4)..... 73 ans, cancer de la portion propagée au cul-de-sac postérieur; utérus indemne. Opération typique le 9 juin 1892. Suites opératoires régulières, sortie de la malade le trente et unième jour.

5)..... 63 ans, cancer de la portion; paramétrium droit rétracté et épaissi. Opération le 11 février 1892. La vessie envahie par le néoplasme fut ouverte en deux points. Le douzième jour après l'opération, écoulement d'urine par le vagin. Fistule urétérine. La femme se leva le trente-huitième jour.

6)..... 59 ans, cancer de la portion. Opération le 24 février 1893. Résection temporaire. Opération, convalescence régulière. *Exeat* le trente-sixième jour.

7)..... 67 ans, cancer de la portion. Opération le 4 mars 1893. Résection temporaire, opération typique (procédé d'Herzfeld) (1). *Mort* par septicémie le huitième jour.

La *technique opératoire* s'écarte peu de celle d'Herzfeld. Un premier point à noter, au sujet de la recherche du cul-de-sac de Douglas, sur laquelle Herzfeld insiste beaucoup et qu'il dit facile. Cette recherche a été faite dans trois cas, dans l'un elle fut aisée, dans le second très laborieuse, dans le troisième enfin, elle n'aboutit, malgré tous les efforts employés, qu'après que le vagin eût été ouvert. A signaler aussi, que dans les deux derniers cas, on n'a pas extirpé le coccyx, qu'on s'est contenté d'une résection

(1) Voir. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1893, p. 571.

temporaire, « l'os ne fut pas complètement séparé, mais sectionné seulement de telle sorte qu'il put être rabattu en arrière et en haut, et fixé à la peau pendant l'opération ». — Ici encore, comme dans le procédé d'Herzfeld, on s'appliqua à réaliser une extirpation sous-péritonéale de l'utérus, par la dissection d'un lambeau séreux aux dépens du péritoine qui tapisse la face antérieure de la matrice, et sa réunion à la lèvre postérieure de l'incision du cul-de-sac de Douglas.

D'autre part, l'auteur insiste beaucoup sur l'importance considérable qu'il y a à bien se fixer avant d'exciser l'utérus, sur la situation des uretères pour éviter de les léser. Dans tous les cas, il faut les chercher, et c'est quand on les a nettement trouvés, qu'on peut saisir dans des ligatures partielles, et à une distance suffisante du néoplasme, les tissus du parametrium et les culs-de-sac vaginaux, et finalement exciser l'utérus. Hémostasie soigneuse, cautérisation profonde du moignon, tamponnement de l'infundibulum cruenté avec de la gaze iodoformée, dont une extrémité est ramenée par le vagin ; rabattement du coccyx dans sa situation normale, et suture des fascias et de la peau.

Les *indications* de ce mode opératoire sont les suivantes : 1) le vagin n'a ni assez d'amplitude, ni assez de souplesse ; 2) l'utérus ne peut être suffisamment abaissé (rétraction cicatricielle du paramétrium, adhérences des annexes) ; 3) l'utérus est trop gros, impossible de l'attirer au niveau de l'arcade pubienne ; complication par tumeurs volumineuses, grossesse, utérus *post-partum*.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement général des lésions bilatérales des annexes de l'utérus. (Opération de Péan), par E. BAUDRON ; préface du Dr SEGOND, Paris, 1894.

Le travail de M. Baudron peut être divisé en deux parties. L'une a trait à l'historique, au manuel opératoire et aux résultats tant immédiats qu'éloignés de l'opération. Les procédés de Péan, de Segond, de Quénu, de Doyen y sont successivement décrits. Celui de Segond en particulier est exposé longuement. Ce sont

là choses qu'il faut lire dans le texte et que nous ne pouvons résumer.

La deuxième partie est consacrée au parallèle de l'opération de Péan et de la laparotomie. Il est évident qu'ici l'auteur est influencé par son désir d'arriver à la conclusion de son maître Segond, à savoir que « l'hystérectomie vaginale est indiquée dans tous les cas de lésions annexielles bilatérales ». Nous ne saurions autrement expliquer ce qui suit : Constatant que Terrier et Hartmann, sur 96 suppurations péri-utérines, ont 8 morts, soit 8,30 p. 100, que Pozzi, sur 99 cas a 6 morts, soit 6,06 p. 100 en opérant par la voie abdominale, alors que Segond sur 114 cas opérés par le vagin a 13 morts, soit 11,4 p. 100, il conclut, ce qui étonnera tout esprit non prévenu, que l'hystérectomie vaginale est supérieure à l'ablation par la laparotomie.

Lorsque nous nous sommes trouvé en présence de cette conclusion, nous nous sommes dit que probablement l'hystérectomie vaginale avait, dans ces deux dernières années, fait des progrès surprenants, que la laparotomie était au contraire restée stationnaire et que là devait être la raison de l'évolution effectuée par M. Baudron. Après avoir passé un an dans le service de M. Segond, il écrivait avec son maître M. Pozzi : « La laparotomie restera l'intervention de choix dans les inflammations des annexes (1) », et passait en revue les méfaits de l'hystérectomie, l'impossibilité d'enlever des annexes haut situées, « le vagin, gouffre au fond duquel l'œil ne plonge jamais », etc., toutes accusations un peu exagérées, du reste, à l'égard de la voie vaginale.

Pour que M. Baudron eût aussi complètement modifié ses convictions, il fallait des raisons bien concluantes. Nous pensions les trouver dans sa thèse. Au lieu de cela qu'y voyons-nous ? *Que les progrès de la laparotomie ont été bien plus rapides que ceux de l'hystérectomie !* Je le prouve en utilisant les matériaux mêmes contenus dans sa thèse où je relève : depuis le 1er janvier 1893, Terrier et Hartmann, 37 laparotomies pour lésions suppurées des annexes, 1 mort, soit 2,70 p. 100 de mortalité; Segond, 60 hystérectomies vaginales pour lésions suppurées des

(1) Pozzi et Baudron. Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflammations des annexes par la laparotomie ou l'hystérectomie. *Revue de chirurgie*, 1891, p. 645.

annexes, 4 morts, soit 6,60 p. 100 de mortalité. Ainsi donc, avec les perfectionnements les plus récents, la technique la plus appropriée, mise en œuvre par un opérateur expérimenté et dont l'habileté est bien connue, *l'hystérectomie vaginale, dans le cas de lésions suppurées des annexes, donne une mortalité deux à trois fois plus considérable que la laparotomie.*

Ces faits avérés étaient évidemment gênants pour poser la conclusion désirée. M. Baudron s'en tire en mettant de côté 3 des 4 morts de M. Segond. Une de ses opérées a eu, après l'opération, des étouffements dont elle est morte ; deux autres seraient, dit-il, certainement mortes après la laparotomie. M. Baudron s'avance beaucoup en le disant.

Sentant du reste lui-même que ses explications n'entraîneront pas la conviction, M. Baudron en cherche d'autres ; elles ne sont pas meilleures. Si les résultats obtenus après laparotomie, soit par mon maître, le professeur Terrier, soit par moi sont supérieurs à ceux qu'obtient M. Segond après hystérectomie vaginale, cela tiendrait, suivant lui, à deux causes : d'une part à ce que le maître et l'élève opèrent toujours ensemble, à l'hôpital Bichat, ce qui est inexact, d'autre part à ce que la statistique, qu'ils ont communiquée, est exclusivement hospitalière. « Or, nous dit M. Baudron, les maisons de santé ne donneront jamais, au point de vue de l'antisepsie, une sécurité aussi absolue qu'un service d'hôpital soigneusement organisé. » Nous ne savons comment sont les maisons de santé où va M. Baudron. Mais nous ne pouvons nous empêcher de trouver un peu perfides les insinuations qu'il lance ; elles tendraient à faire croire que si nous n'avons, M. Terrier et moi, que peu de morts à l'hôpital, nous en avons beaucoup plus en ville. Je puis lui affirmer que la mortalité de mes opérations pour salpingites suppurées, traitées par la laparotomie en ville, depuis le 1er janvier 1893 jusqu'en mars 1894, période correspondant à la statistique publiée, est nulle, que je crois qu'il en est de même pour mon maître Terrier et que, par conséquent, l'addition de ces cas à la statistique publiée ne ferait que l'améliorer.

Si nous n'avons publié que les cas opérés à l'hôpital, c'est que seuls ils sont publics, contrôlables, et que dans une question malheureusement trop souvent discutée, comme le dit M. Segond, dans sa préface, « par des polémistes sans grande expérience personnelle et peu disposés par nature à rester toujours dans

la note purement scientifique », nous avons pensé qu'il était bon de ne permettre à aucune insinuation de se produire.

Quoi qu'il en soit, M. Baudron, en présence de ce fait que dans ces derniers temps, la laparotomie a donné une mortalité de 2,70 p. 100 et l'hystérectomie vaginale perfectionnée une mortalité de 6,60 p. 100, conclut que « l'opération de Péan soutient victorieusement la comparaison avec les statistiques des laparotomistes les plus compétents! »

Si M. Baudron avait bien voulu faire comme M. Reclus, qu'il raille dans sa thèse, s'il avait consenti à voir comment on peut aujourd'hui faire la laparotomie en se servant du plan incliné, comme nous le soutenons depuis des années (décembre 1890), il n'aurait peut-être pas été aussi osé dans ses conclusions.

Nous ne voudrions cependant pas terminer sur des critiques. M. Baudron a mis à soutenir sa thèse beaucoup de zèle, il a réuni de nombreux matériaux, il nous a donné des descriptions intéressantes, mais nul n'est astreint à prouver l'impossible et nous ne pouvons le blâmer de n'avoir su le faire. HARTMANN.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par F. GUYON, Paris, 3e édit., t. I.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs l'apparition de la troisième édition des leçons cliniques du professeur Guyon. Contrairement à beaucoup d'autres auteurs qui se contentent de réimprimer leurs travaux antérieurs, M. Guyon, toujours aussi actif, les remanie de fond en comble. La troisième édition qu'il nous donne de son livre peut, à bien des points de vue, être regardée comme un livre entièrement nouveau. L'importance prise dans ces dernières années par les travaux de laboratoire, fait que la partie de l'ouvrage non exclusivement clinique se trouve très développée. A ce point de vue, nous signalerons en particulier les recherches poursuivies sur la rétention d'urine par M. Guyon et son élève Albarran, et celles sur les urines pathologiques faites par M. N. Hellé, recherches dont on trouve l'exposé dans ce livre. H. H.

Chirurgie abdominale, par J. GREIG SMITH, traduction française par M. P. VALLIN, préface de M. DURET ; Paris, Steinheil, 1894.

Peu de sujets sont autant d'actualité que la chirurgie abdomi-

nale. Peu de livres cependant ont été écrits, embrassant l'ensemble de cette chirurgie un peu spéciale. Aussi s'explique-t-on le succès rapide de Greig Smith qui, en quelques années, a atteint sa quatrième édition. Une traduction française de ce livre, aujourd'hui classique dans tous les pays de langue anglaise, s'imposait. La traduction, due à M. Vallin, est correcte, claire et facile à lire. Nous ne saurions trop engager ceux que la chirurgie abdominale ou gynécologique intéresse, à parcourir cet ouvrage. Ils y trouveront un résumé succinct et complet de la gynécologie et de la chirurgie abdominale en Angleterre. Peut-être sur quelques points, avons-nous distancé nos voisins d'Outre-Manche ; n'empêche que la lecture de l'œuvre d'un chirurgien expérimenté, élève de Lawson Tait, ne manque pas d'intérêt, même pour le lecteur français au courant de ces questions.

Dangers de certains pessaires, par R. CONDAMIN, Lyon, 1893.

Mundé avait déjà signalé un cas de cellulite localisée près de la branche gauche de l'arcade pubienne, produite par un pessaire de Hodge trop volumineux et un cas de perforation de la cloison recto-vaginale par l'une des charnières d'un pessaire de Thomas. Hégar et Thomas avaient vu se développer aux points comprimés par un pessaire des ulcérations cancéreuses.

M. Condamin a observé plusieurs fois, à la suite de l'usage des pessaires en gimblette, des ulcérations profondes déterminant en avant d'eux un rétrécissement fibreux du vagin. Dans la nouvelle observation qu'il rapporte le pessaire avait perforé la cloison vésico-vaginale et était devenu le centre d'un dépôt calcaire qui avait doublé son volume. Ces divers cas montrent les dangers des appareils volumineux introduits dans le vagin et ne présentant pas des bords très mousses. H. H.

Traité pratique de gynécologie, par A. AUVARD. 2e édition, O. Doin, Paris, 1894.

Dans son traité, dont la deuxième édition vient de paraître, M. Auvard cherche à exposer aussi brièvement que possible l'état actuel de la science gynécologique. Pas d'historique des questions, pas de description des procédés thérapeutiques surannés, un exposé concis de ce qui est et de ce qu'on doit faire : telle est le but de l'auteur. Aussi comprend-on le nombre considérable de schémas qui l'éclairent.

En grand nombre originales, quelques-unes empruntées à divers traités, ces figures permettent de comprendre les points principaux de la technique à employer, des lésions décrites. Aussi ne saurions-nous trop louer l'auteur sur ce point; nous dirons moins de bien des planches en couleur, dont l'utilité nous semble médiocre et qui bien souvent ne donnent qu'une idée imparfaite des maladies qu'elles représentent. A côté des affections génitales proprement dites, M. Auvard décrit les maladies de l'appareil urinaire et celles du rectum, qui lui semblent mériter une place dans un traité des maladies féminines. Peut-être eût-il mieux valu se contenter de décrire d'une manière détaillée certaines affections particulièrement fréquentes chez les femmes (ptose rénale, dilatation de l'estomac, hernie ombilicale, etc.). Malgré ces quelques critiques, cet ouvrage mérite une place dans la bibliothèque des praticiens et nous nous expliquons facilement l'épuisement rapide de sa première édition. H. H.

La blennorrhagie chez la femme, par F. VERCHÈRE, 2 vol., collection CHARCOT-DEBOVE, Rueff, Paris, 1894.

Nos lecteurs ont déjà pu apprécier la valeur de ce traité par l'étude de l'uréthrite chronique, qui en est extraite et dont ils ont eu la primeur.

Les nombreux travaux, parus dans ces dix dernières années sur les diverses formes de la blennorrhagie féminine, font que les anciens ouvrages sur la matière sont ou entachés d'erreur, ou tout au moins nécessairement incomplets.

Placé à Saint-Lazare dans un milieu spécial, en rapport constant avec des prostituées, M. Verchère se trouvait mieux que tout autre à même de condenser ces travaux, de les apprécier, de les coordonner et d'en extraire une monographie générale sur les diverses manifestations de la blennorrhagie féminine, beaucoup plus fréquentes et aussi beaucoup plus graves qu'on ne le croyait autrefois. Il l'a fait en y joignant le résultat de nombreuses observations personnelles ; aussi son travail sera-t-il lu avec intérêt. Le premier volume contient un aperçu historique de la question, un exposé de l'étiologie et une étude clinique de la blennorrhagie aiguë et de la blennorrhagie chronique dans ses manifestations urinaires et vulvo-vaginales ; dans le deuxième volume l'auteur étudie la blennorrhagie utérine,tubaire,ovarienne,

pelvi-péritonitique, ano-rectale et les diverses complications de la blennorrhagie.

Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique, première session. Comptes rendus publiés par JACOBS et POPELIN. En vente chez Carré, éditeur, Paris.

En dehors des questions mises à l'ordre du jour des suppurations pelviennes et des grossesses extra-utérines, ce volume contient de nombreuses communications sur des sujets intéressants. Bien édité et illustré d'un assez grand nombre de figures, il ne manquera pas d'intéresser ceux qui s'occupent de gynécologie.

Statistique des opérations gynécologiques pratiquées en 1893 à l'hôpital Wuyvenberg d'Anvers, par ROCHET. Liège, 1894.

117 opérations gynécologiques avec une seule mort Il s'agissait d'une hystérectomie vaginale pour suppuration des annexes, consécutive à une rétention placentaire.

24 autres hystérectomies vaginales n'ont pas donné de décès.

L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, par L. GUSTAVE RICHELOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8° de 450 pages, prix : 8 francs. Doin, éditeur.

Fœtus in peritoneal cavity : question of abdominal gestation : with a nummary of reported cases of primary abdominal and ovarian pregnancy, par ALBAN DORAN et ARTHUR A. BEALE. London, 1894

Tumeur végétante de l'ovaire, développée après 15 ans d'aménorrhée à la suite d'un traitement électrothérapique, par J. RENDU. Lyon, 1894.

The interrupted high-voltage primary or mixed current, par GEO. J. ENGELMAN. Philadelphia.

A propos du traitement chirurgical de la péritonite, par NITOT. Paris, 1894.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1894

TRAVAUX ORIGINAUX

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — FŒTUS INTRA-PÉRITONÉAL. — LAPAROTOMIE A DIX MOIS. — ENFANT MORT. — GUÉRISON DE LA MÈRE

Par le Dr **G. Houzel**, de Boulogne,
Correspondant de la Société de chirurgie.

La grossesse extra-utérine est un accident assez rare, surtout parvenant jusqu'à une période avancée de son évolution; car si on voulait y faire rentrer, ce qui serait juste, tous les cas de début de grossesses ectopiques qui, par rupture prématurée du kyste, sont résorbées par le péritoine ou forment des hématocèles rétro-utérines, ont serait surpris de voir que le nombre en est relativement grand. Par contre il est très rare de rencontrer une grossesse extra-utérine dont le kyste s'étant rompu assez tard pour que le fœtus bien vivant fût projeté à l'intérieur même de la cavité péritonéale, il continuât à y vivre jusqu'à terme, sans que les insertions ni le péritoine se révoltassent par trop de l'intrusion de cet hôte inaccoutumé.

Ainsi que le disait M. le professeur Pinard dans son travail de 1889, et qu'il le répétait dans son savant mémoire de 1892 :

« De même, la conduite à tenir dans les cas de grossesse ectopique, le moment de l'intervention, quand cette dernière

est jugée nécessaire, sont autant de points très discutés aujourd'hui mais non encore résolus (1).

« Les nouvelles observations que je publie dans ce mémoire démontrent que l'histoire de ce grand chapitre de la pathologie obstétricale est loin d'être achevé et ne pourra s'édifier que par un nombre considérable de faits exposés jusque dans leurs moindres détails (2). »

Ces raisons m'ont engagé à publier un cas curieux de grossesse ectopique qui a évolué pendant plus de trois mois à même des intestins et du péritoine, sans entraver le développement de l'enfant, et sans être une cause de périls trop graves pour la mère qui fut guérie par une laparotomie faite dix mois après le début de la grossesse. Cette observation a été présentée à l'Académie de médecine, et fut l'objet d'un bienveillant rapport de M. le professeur Pinard dans la séance du 20 février 1894.

Voici l'histoire de la maladie :

Mme Hoch Marie, femme Dou, âgée de 41 ans, est une femme maigre, de taille moyenne, habituellement bien portante. Pendant la saison d'été, elle servait dans un hôtel, et l'hiver se contentait de faire son ménage. Réglée à 15 ans, elle s'était mariée à 28 ans et avait eu deux enfants qui ont aujourd'hui 13 et 12 ans. Elle avait eu des couches faciles et pas de fausses couches.

Ayant souffert du bas-ventre il y a quatre ans, elle avait patienté, puis, à bout de forces, m'avait fait appeler il y a deux ans. Je constatai de la métrite hémorrhagique compliquée de rétroversion. Un curettage et un pessaire de Schultze la guérirent si bien qu'elle quitta son pessaire au bout d'un an et put se livrer aux travaux les plus fatigants sans ressentir aucune gêne.

Ses dernières règles datent du 1er mai 1892; peu après, elle eut des faiblesses, des vomissements, et fut persuadée qu'elle commençait une grossesse.

Tout alla bien dès le début, l'enfant remua vers le 15 septembre,

(1) Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. *Annales de gynécologie*, p. 241, t. XXXI, 1889.

(2) *Id. ibid.*, p. 1, t. XXXVIII, 1892.

la seule chose dont elle eût à se plaindre était une constipation des plus opiniâtres qui dura jusqu'à l'opération.

Dans les premiers jours de novembre, elle fut prise d'une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque, et d'une très grande difficulté d'uriner ; le passage de l'urine et la contraction de la vessie lui arrachaient des cris. Depuis, ces douleurs ne l'ont pas quittée, elle dut garder le lit où elle geignait jour et nuit. Les mouvements de l'enfant, sans être très vifs, augmentaient ses souffrances au point de les rendre intolérables.

Le 10 février 1893, elle perdit un peu de glaires sanguinolentes et fut prise de douleurs particulières qu'elle reconnut être celles de l'accouchement, les ayant déjà éprouvées deux fois; il n'y manquait que les envies de pousser. Elle me fit alors appeler, et je la revis pour la première fois depuis le curettage, ignorant tout ce qui est relaté plus haut et que je n'ai appris que plus tard en l'interrogeant. Je la trouvai poussant des cris comme une femme en travail. L'enfant remuait, les bruits de son cœur étaient entendus très nettement sur la ligne médiane un peu au-dessus du pubis; au toucher, le col ramolli, entr'ouvert, permettant d'engager l'extrémité de l'index, était repoussé à droite ; semblant faire corps avec lui, on sentait à la face du cul-de-sac latéral gauche une grosseur qu'il était facile de reconnaître pour une tête fœtale séparée du doigt par une notable épaisseur de parties molles; l'aspect du ventre n'avait rien de particulier, sauf la minceur de ses parois qui laissaient sentir les parties fœtales presque sous les doigts ; le siège était en haut, à droite, presque au niveau du foie. Pensant à une latéro-position de l'utérus dont le segment gauche inférieur eût été plus développé que le droit, je dis à la femme : « Je crois que vous allez accoucher, faites demander votre sage-femme, et si quelque chose ne va pas, vous me ferez appeler ». Je n'en entendis plus parler, quand, ayant été mandé près d'elle le 15 mars, je fus tout supris de voir qu'elle n'était pas délivrée. Elle me raconta alors ce qui suit :

A partir du 10 février, ses douleurs d'accouchement avaient duré quatre jours. Après avoir expulsé un morceau gros comme un œuf de pigeon, et un peu de sang, elles avaient cessé, et il ne lui était resté que ses douleurs habituelles dans la fosse iliaque gauche et dans le ventre; toutefois, tout en restant continues, elles n'avaient plus d'exacerbations, l'enfant ayant cessé de remuer

depuis cette époque. Pendant huit à dix jours, elle avait perdu par la vulve un liquide qu'elle comparait à du chocolat.

Il y avait de l'agitation et un peu de fièvre : température 38°. Le ventre, normalement développé par une grossesse à terme, avait des parois si minces, qu'au palper on était surpris de sentir les parties fœtales presque sous les doigts ; le siège était assez haut dans le flanc droit ; l'enfant était comme fixé et peu mobile ; la poche des eaux semblait absente.

Le vagin, turgescent, était sillonné de varices moyennes ; au toucher, le col mou, entr'ouvert, laissait pénétrer le doigt, quoique avec efforts, jusqu'au delà de l'orifice interne, et on sentait que l'utérus était vide. Le col était à droite, refoulé derrière le pubis, le corps en antéflexion, replié vers l'aine droite.

Par le palper bimanuel, les mouvements imprimés à l'utérus n'étaient pas communiqués à l'enfant.

Les culs-de-sac postérieur et latéral gauche étaient remplis par une grosseur indépendante de l'utérus et donnant la sensation d'une tête fœtale.

Au spéculum, col violacé, variqueux, épais et entr'ouvert. Y ayant précédemment introduit le doigt qui m'avait démontré sa vacuité, je ne craignis pas d'y pousser un hystéromètre qui pénétra de 9 centimètres et manœuvra à l'aise sans rien rencontrer dans sa cavité. On n'entendait plus ni cœur fœtal ni aucun souffle placentaire.

Je portai alors le diagnostic de grossesse extra-utérine, enfant mort, et tout en regrettant que la parturiente ne m'ait pas fait rappeler le 11 ou le 12 février, ce qui m'eût permis de faire un diagnostic précis, et de sauver la mère et l'enfant. Je proposai la laparotomie, qui fut acceptée, et pratiquée le 18 mars avec l'aide de MM. Chivot, Dutertre et Lamiot.

La femme avait pris un bain la veille, le ventre avait été bien nettoyé, recouvert d'une compresse trempée dans le van Swieten, le vagin avait été irrigué, puis tamponné avec de la gaze iodoformée ; en un mot toutes les précautions antiseptiques avaient été prises.

L'anesthésie chloroformique étant complète, d'un coup de bistouri j'ouvris la peau, du nombril au pubis ; les droits très grêles furent séparés avec les doigts, et le péritoine apparut au fond de la plaie : il avait un singulier aspect verdâtre. Ayant fait une bou-

tonnière dans un repli soulevé, et l'ayant fixé avec des pinces à griffes, au moyen d'un bistouri boutonné conduit sur le doigt, je le fendis dans toute la hauteur de la plaie cutanée.

A mon grand étonnement le dos de l'enfant apparut immédiatement dans la plaie, sans aucune interposition de tissus.

Sa peau était rouge, macérée, très propre ; il présentait le dos obliquement dirigé de gauche à droite, la tête plongeant dans l'excavation à gauche, le siège occupant le flanc droit.

J'enlevai rapidement le corps de l'enfant, mais pour dégager la tête il fallut quelques tractions : elle était enclavée en dessous du promontoire.

A l'ouverture du péritoine il ne s'était pas écoulé de liquide, pas une goutte d'eaux ; la tête enlevée, il sortit, de l'excavation qu'elle occupait, environ deux cuillers de sang noirâtre, sans odeur.

La main introduite alors manœuvrait comme dans un ventre dont on vient d'enlever un kyste de l'ovaire non adhérent, l'enfant n'était donc pas dans une loge, mais libre dans la cavité péritonéale et couché sur les intestins, sauf dans la partie inférieure où il en était séparé par le placenta greffé sur les anses de l'intestin grêle, comme il sera décrit plus bas.

L'épiploon était rudimentaire ou refoulé en haut, car je ne le vis à aucun moment de l'opération.

Immédiatement sous l'ombilic se voyait la face postérieure d'un large placenta étalé et inséré sur les anses de l'intestin grêle, puis descendant dans la fosse iliaque gauche où il était moins étalé mais plus épais. Les anses intestinales le débordaient à droite, à gauche et en haut. Celles qui étaient visibles dans la plaie adhéraient au placenta dans environ la moitié de leur calibre dont la seconde moitié était libre. Elles avaient leur coloration normale et étaient recouvertes, par place, de cérumen verdâtre non adhérent et provenant de l'enfant.

Le cordon émergeait des anses intestinales en bas et à droite, près de la plaie opératoire ; il était si bien soudé avec l'intestin qu'on l'aurait cru sortant du cæcum.

En mettant la femme la tête en bas, on jugeait encore mieux de la configuration des parties ; l'espace occupé par l'enfant était formé de deux loges d'inégale grandeur.

La plus grande, constituée par la cavité péritonéale, était limi-

tée, en haut par le placenta et des anses intestinales le débordant de toutes parts, en avant par le péritoine pariétal, à droite par des anses intestinales et le fond de l'utérus, en bas par la vessie, et à gauche par des anses intestinales dont les plus profondes étaient recouvertes par la partie du placenta descendant dans l'excavation. C'est dans cet espace qu'était contenu le corps de l'enfant.

En bas, à gauche, cet espace communiquait avec une loge assez étroite, profondément située dans le cul-de-sac latéral et le cul-de-sac de Douglas où était enclavée une partie de la tête de l'enfant. La main avait peine à en atteindre le fond et venait butter dans la concavité du sacrum dont elle n'était séparée que par une très faible épaisseur de tissus.

Le placenta n'étant nullement flétri et paraissant encore très vivant, je jugeai prudent de n'y pas toucher, d'autant plus qu'il m'eût fallu le séparer péniblement de l'intestin grêle, où s'étant greffé il avait développé une circulation très abondante. Les intestins ne se contractent pas comme le tissu utérin, et je me demande comment j'aurais été maître du sang fourni par les énormes sinus, véritables lacs sanguins, que j'aurais ouverts.

Ayant donc nettoyé le placenta avec des compresses imbibées de liqueur de van Swieten, et les intestins avec de la gaze iodoformée, je garnis l'espace occupé précédemment par l'enfant avec un énorme sac de gaze iodoformée que je remplis de lanières de la même substance saupoudrées largement avec la poudre antiseptique selon la formule de M. Lucas Championnière ; j'entourai le bout libre du cordon d'un manchon de gaze iodoformée et je refermai les trois quarts supérieurs de la plaie par trois plans de suture : péritoine, muscles et peau.

Dans la partie inférieure par où sortait la gaze iodoformée, le péritoine fut bordé à la peau par une suture en surjet. Pansement antiseptique à l'iodoforme et à l'ouate hydrophile. L'opérée n'avait pas perdu deux cuillers de sang.

L'opération avait duré vingt-cinq minutes. En sondant la malade avant de la remettre au lit, on constata un écoulement de sang assez abondant par le vagin : l'urine était limpide.

L'enfant était une fille à terme, bien conformée, du poids de 2 kilogr. 150 gr. Elle ne répandait aucune odeur ; la peau était légèrement macérée, et l'épiderme s'en allait aux frottements ; les ongles dépassaient les doigts.

La seule particularité à noter était la forme de la tête qui, ayant dû se mouler sur les parties dures qui la contenaient, présentait l'aspect d'un sablier. Longue d'environ 12 centimètres, aplatie sur ses faces latérales, elle était étranglée et comme séparée en deux parties par un sillon profond partant de la base du nez, passant au-dessus des oreilles pour gagner la partie postérieure et inférieure de l'occipital, et séparant la face du crâne. Le nez était complètement aplati sur la figure qui elle-même était déprimée.

Cette déformation s'expliquait par la position qu'occupait l'enfant dans les parties maternelles. La tête, engagée dans la loge inférieure, proéminait dans le cul-de-sac de Douglas, elle était étranglée par la ceinture osseuse; le pubis et l'angle sacro-vertébral y avaient imprimé ce sillon lui donnant la forme d'un sablier; le nez, appliqué sur l'angle sacro-vertébral, avait été comme effondré, et la face aplatie.

Les suites de l'opération furent simples, il n'y eut d'élévation de température notable : 39°,1 que le 28 mars, jour où le placenta et le cordon commencèrent à se détacher. Je crois cependant utile de relater jour par jour ce qui se passa, justement à cause de l'élimination du placenta, d'autant plus qu'en détachant le cordon il me fut permis de constater la place exacte qu'il occupait et le trajet qu'il parcourait. Lors de l'opération, comme il faisait corps avec les parties qu'il touchait, n'ayant de libre que le petit bout se rendant à l'enfant, il était impossible de voir où il était.

18 mars, soir : T. 37°, pouls 80, pas de vomissements. L'opérée accuse quelques douleurs dans le ventre, mais moins vives qu'avant l'opération, pas d'écoulement par la plaie. L'écoulement de sang persiste par le vagin, la sonde ramène une bonne quantité d'urine.

Le 19. T. 37°,4, pouls 96, peu de douleurs, pas de vomissements. Suintement insignifiant dans le pansement, toujours du sang et quelques caillots par le vagin, gaz nombreux par l'anus.

Le 20. T. 37°,3, pouls 96, état général excellent. La malade a uriné seule et a mangé un peu. Le pansement est renouvelé, il est peu mouillé. J'enlève une des mèches de gaze iodoformée; toujours du sang par la vulve.

Le 21. T. 37°,8, pouls 100. L'état général continue à être bon et la malade mange. Le sac de gaze iodoformée est enlevé tout entier et remplacé par deux gros drains en canon de fusil qui plongent

dans le cul-de-sac de Douglas. Gaz nombreux par l'anus, mais pas de selles, — huile de ricin. Du sang et des caillots continuant à couler par le vagin, on fait des injections antiseptiques ; il y a un léger suintement par les bouts de sein, mais pas de véritable montée de lait.

Le 22. T. 37°,6, pouls 100. Garde-robes abondantes ; l'appétit est bon et la malade se trouve bien ; très peu de sérosité rougeâtre souille le pansement.

Le 23. T. 37°,3, pouls, 92. L'état général est excellent. L'écoulement par la plaie augmente, mais sans odeur et ne contenant pas de pus ; il n'y a presque plus rien par le vagin.

Le 24. T. 37°,8, pouls 100. Même observation.

Le 25. T. 38°,8, pouls 108. Gaz nombreux par l'anus qui provoquent une douleur assez vive un peu avant l'émission ; toujours de la sérosité rougeâtre dans le pansement.

Le 26. T. 38°,2, pouls 96. La nuit a été douloureuse par suite de nombreux gaz par l'anus. La sérosité augmente dans le pansement, mais par le vagin il ne s'écoule plus que quelques glaires.

Le 27. T. 38°,5, pouls 96. Les douleurs ont diminué, elle peut se coucher sur le côté. Avec l'index introduit dans la plaie, je détache du placenta quelques fragments qui sont ramenés au moyen d'une longue pince. L'écoulement rougeâtre est abondant, mais pas une goutte de pus. J'enlève les fils de la suture superficielle, la réunion par première intention est complète ; l'appétit est bon.

Le 28. T. 39°,1, pouls 120. Les douleurs ont presque disparu. Toujours même écoulement par les drains au moyen desquels je fais, de ce jour jusqu'à la fin du traitement, une injection quotidienne d'eau naphtolée tiède. Avec le doigt introduit dans la plaie, et avec quelques tractions sur le cordon, j'arrive à en détacher 25 centimètres, ce qui me permet de constater sa situation.

Inséré sur le côté intestinal du gâteau placentaire, greffé sur les circonvolutions de l'intestin grêle, le cordon sortait par le bord droit (par rapport à la femme), était agglutiné aux anses intestinales, passait derrière le fond de l'utérus refoulé vers l'aine droite, contournait la face inférieure du pubis où il adhérait, et de là passait vers l'S iliaque où il adhérait au placenta et aux intestins sur lesquels il rampait en zigzags, en formant plusieurs bosselures ; delà, revenant sur ses pas, après avoir parcouru le même chemin en sens inverse, il se confondait aux anses intesti-

nales près du cæcum d'où il émergeait pour se rendre à l'enfant. J'en coupai 20 centimètres, en laissant encore environ une dizaine qui furent enlevés ultérieurement avec le placenta.

Le 29. T. 37°,5, pouls 100. Elle accuse un grand bien-être. A partir de ce moment il n'y eut plus de douleurs, sauf au moment des pansements, quand le doigt introduit dans la plaie ramenait des morceaux de placenta. Retiré le reste du cordon et quelques fragments placentaires. Pour plus de clarté dans ce qui suit, j'appellerai placenta tout court la portion insérée profondément dans l'excavation où était la tête du fœtus, et placenta intestinal celui qui était étalé et greffé sur les anses intestinales.

Le 30. T. 37°,6, pouls 100. Retiré d'assez gros morceaux du placenta. Écoulement de sérosité toujours abondant; mais pas d'odeur, pas de pus. Bien que flétri et sans vitalité, le placenta intestinal a contracté quelques adhérences molles avec le péritoine pariétal. Elles sont rompues par le doigt qui tente de détacher ce placenta intestinal.

Le 31. T. 37°,5, pouls 100. Pas de pus: mange et se trouve bien. Enlevé gros comme un œuf de poule du placenta et plusieurs fragments du placenta intestinal. Selles quotidiennes normales mais qui provoquent toujours des douleurs au niveau de l'S iliaque.

1er avril. T. 37°,5, pouls 100. Très bon état général; a moins souffert en allant à la garde-robe. En un assez grand nombre de prises, j'enlève plus gros qu'un œuf de dinde du placenta intestinal.

Le 2. T. 37°,6, pouls 92. Enlevé gros comme une orange de débris placentaires provenant d'un peu partout, mais principalement du placenta intestinal. Les morceaux du placenta sont plus friables et se détachent mieux. Toujours pas de pus.

Le 3 et le 4 se passèrent très bien. Le 5 avril la température remonta à 38°; mais le 6, un dernier morceau, gros comme un œuf de pigeon, ayant été extrait, la température descendit à 37° où elle resta jusqu'à la fin de la cure.

A partir de ce moment, les drains ne donnent plus qu'une quantité insignifiante de liquide albumineux n'ayant aucun des caractères du pus. Le pansement n'est plus renouvelé que tous les deux ou trois jours, c'est à peine s'il était souillé.

Dès le 12 avril, la convalescente descendit et put vaquer aux

soins de son ménage, se promener, sans ressentir aucune douleur. Un des deux drains avait été supprimé, la petite plaie ne demandait qu'à se fermer; cependant, par prudence, elle fut maintenue ouverte jusqu'à la fin d'avril où, le bout de drain étant retiré, elle se cicatrisa en deux jours.

Depuis, l'opérée a repris toutes ses occupations et ne s'est jamais si bien portée (1).

Autant qu'il est permis de faire un diagnostic d'après les renseignements fournis par la malade, les débuts de la grossesse furent exempts de troubles, à part la constipation qui fut opiniâtre tout le temps.

Le kyste fœtal, ayant pris naissance dans les annexes gauches, dut se rompre dans les premiers jours de novembre, au moment où la femme ressentit une douleur poignante dans le flanc gauche, et le fœtus fut alors projeté à même des intestins ; c'est également à partir de ce moment que la difficulté d'uriner augmenta au point que la miction arrachait des cris à la malade.

Le péritoine et les intestins, particulièrement tolérants, adoptèrent le fœtus, lui permirent de croître jusqu'à son entier développement, résorbèrent les eaux de l'amnios, le sang qui dut s'échapper des vaisseaux lors de la rupture, et permirent au placenta envahissant de se greffer sur eux, sans se révolter outre mesure. Pendant trois mois, ils lui donnèrent asile, supportèrent ses mouvements actifs sans se plaindre autrement que par des douleurs ; pendant un gros mois ils ensevelirent son cadavre sans en paraître trop incommodés. Jouant un rôle passif, ils acceptèrent la vie commune sans chercher à l'isoler ou à s'unir à lui par des adhérences ; ils n'eurent de liens directs qu'avec le placenta qui, n'étant plus confiné dans sa loge, s'imposa à eux et les envahit en se greffant sur eux dans une large étendue.

(1) Ceci était écrit en juin 1893 ; depuis, ayant négligé de porter une ceinture comme je le lui avais recommandé, elle eut une légère éventration à l'angle inférieur de la cicatrice, au commencement de l'hiver ; mais sa santé n'en est nullement affectée et sa guérison reste parfaite.

Ces résultats sont bien faits pour étonner ; mais malgré l'intérêt qu'ils peuvent avoir pour l'histoire de la grossesse ectopique, ils ne peuvent jamais être regardés que comme une exception.

Lors de la rupture du kyste fœtal, le danger immédiat est l'hémorragie, qui est assez souvent mortelle si on n'intervient pas à temps. Ici il n'en a rien été ; la femme a ressentit une douleur très vive, mais pas d'aspect syncopal. Peut-être pourrait-on l'attribuer à la tête qui, restée dans l'excavation, comprimait le placenta et faisait l'office de bouchon. Elle était si bien fixée que, portant sur son milieu l'empreinte de la ceinture osseuse, elle présentait cette forme singulière en sablier, et qu'il fallut un certain effort pour la sortir de son alvéole. Ainsi fixée, elle contribuait à donner une certaine rigidité au fœtus qui, appliqué sur les intestins par les parois abdominales, n'ayant aucun liquide où il pût flotter, n'obéissait qu'imparfaitement aux mouvements communiqués et n'avait pas la mobilité qu'ont généralement les fœtus libres dans la cavité abdominale. Cet enclavement de la tête était une des principales causes des douleurs, entretenait mécaniquement la constipation, empêchait la miction et la rendait particulièrement pénible.

Le fœtus à terme, parfaitement constitué sauf la déformation de la tête, pesait 2 kilog. 150 gr. et paraissait n'avoir nullement souffert de son irruption dans la cavité abdominale à l'âge de 6 mois environ. Jusqu'au faux travail du 10 février il avait vécu, ainsi que l'avaient prouvé ses mouvements actifs et les bruits de son cœur ; et le faux travail avait été complet : douleurs, pertes de sang, expulsion d'une caduque, rien n'y manqua que l'expulsion de l'enfant.

Si le diagnostic étant établi, l'opération avait été pratiquée à ce moment, elle eût sauvé l'enfant sans augmenter les risques de la mère. La nécessité de l'intervention n'est plus discutée, son opportunité peut seule prêter matière à controverser, et cette observation semble prouver qu'on n'a rien à gagner à attendre. En laissant le placenta en place

on réduit au minimum les chances d'hémorragie, et avec une bonne antisepsie son expulsion spontanée n'est qu'une affaire de temps, et ne saurait constituer un danger. C'est assurément la conduite sinon la plus brillante, tout au moins la plus sage. Dans le cas présent, pour enlever le placenta en même temps que l'enfant, il eût fallu ouvrir les vaisseaux allant des intestins au placenta. Comment jeter des ligatures sur les intestins, à peine de diminuer leur calibre, et qui pourrait se flatter d'arrêter sûrement une pareille hémorragie ?

NOTE SUR LA TORSION DU PÉDICULE DES SALPINGO-OVARITES

Par **Henri Hartmann**, chirurgien des hôpitaux
et **Emile Reymond**, interne des hôpitaux.

Si la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est bien connue depuis les travaux de Rokitansky (1), il n'en est pas de même de celle des salpingites ou salpingo-ovarites. Leur rareté semble en effet beaucoup plus grande. Tandis que les kystes ovariques à pédicule tordu représentent, d'après Rokitansky, 13 p. 100 du total des kystes, d'après Schröder (2) 13,8 p. 100, la torsion du pédicule des salpingites est tout à fait exceptionnelle. Cela s'explique par ce fait que les salpingites ont généralement un pédicule large, assez court, et que de plus la tumeur qu'elles constituent se continue jusqu'au voisinage de la corne utérine. Cette rareté extrême fait que l'observation d'une malade que nous avons opérée cette année nous paraît présenter quelque intérêt.

Observation personnelle. — Rosalie H... entre, le 9 juillet

---

(1) La première observation publiée est due à ce chirurgien (*Handbuch der patholog. Anatomie*, 1841, t. I), qui ultérieurement en a réuni une série de 13 cas (*Zeitschr. des K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1865).

(2) Schröder. *Arch. f. Gyn.*, 1878.

1894, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

Réglée depuis l'âge de 16 ans, elle n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Ses règles sont ordinairement régulières et non douloureuses.

Il y a six mois qu'elle commença à souffrir de l'abdomen; elle éprouvait en même temps des élancements dans les jambes et dans le rachis; les douleurs augmentaient pendant la miction et la défécation. A la même époque elle remarqua elle-même la présence d'une tumeur abdominale au-dessus du pubis. Les règles diminuaient d'abondance: elles duraient autrefois 8 jours; elles se terminent depuis ce moment en 24 heures. Il y a deux mois la malade vient consulter et nous diagnostiquons une double salpingite sans rien remarquer de particulier. Il y a six semaines les douleurs augmentent brusquement d'intensité, et n'ont plus depuis lors cessé. Aussi la malade, qui lors de sa première visite avait refusé d'entrer dans le service, réclame-t-elle aujourd'hui avec instance une opération.

La tumeur a manifestement augmenté de volume et est beaucoup plus douloureuse que lors de notre premier examen.

La palpation permet de déterminer la présence d'une tumeur globuleuse occupant l'hypogastre, la moitié gauche de la région ombilicale et la fosse iliaque du même côté. Cette tumeur remonte à gauche un peu au-dessus de l'ombilic; elle est tendue, résistante; on peut lui imprimer quelques légers mouvements.

Par la percussion on trouve de la matité dans la moitié gauche de la région hypogastrique, dans la fosse iliaque gauche et dans la partie avoisinante de la région ombilicale.

Au toucher le col est petit, conique, régulier, son orifice dans l'axe du vagin. Sa mobilité est diminuée et les petits mouvements qu'on lui imprime se transmettent manifestement à la tumeur perçue par le palper abdominal.

Dans le cul-de-sac vaginal, en avant et un peu à gauche du col, on trouve très facilement la tumeur abdominale; la partie postérieure du cul-de-sac latéral gauche est libre.

En arrière du col, et se prolongeant sur sa droite, on trouve une masse lobulée qui paraît, de même, tendue et rénitente, et qui semble en contournant le col se continuer avec la masse antérieure.

Le 24 juillet 1894, la malade est opérée par M. Hartmann aidé de M. Reymond. On fait une incision du pubis à l'ombilic, contournant celui-ci à gauche ; l'épiploon épaissi et rouge adhère à la paroi ; ces premières adhérences rompues, on le trouve adhérer encore par sa face postérieure à une grosse tumeur d'un rouge sombre. Une fois libéré, l'épiploon est rejeté sur la paroi abdominale entre deux compresses.

On commence alors le décollement difficile de la grosse tumeur qui adhère de tous les côtés, à la paroi, à l'intestin grêle, à l'anse oméga ; cette décortication faite avec les ongles, une fois assez avancée, on ponctionne la tumeur et on en retire 400 gr. de sang. On continue alors le décollement ; celui-ci terminé on arrive à un pédicule gros comme l'index.

On constate alors que le pédicule est tordu dans le sens inverse des aiguilles d'une montre ; le pédicule est alors en avant et à droite, mais une fois la section faite il se déplace ; le kyste dépend de la corne utérine gauche ; l'utérus avait lui-même pivoté d'un demi-tour. Le pédicule est fait avec un double fil en X ; il est touché après la section avec un thermo-cautère.

Toute l'excavation reste encore occupée par une masse kystique adhérente aux parties voisines. On rompt les adhérences et on fait un pédicule avec un fil en X ; il est touché au thermo-cautère. Toilette du péritoine. Résection du bord inférieur épaissi de l'épiploon et de plusieurs franges enflammées de l'anse oméga.

Drainage ; fermeture de l'abdomen par trois étages de sutures. Guérison.

Examen macroscopique des pièces. — En considérant le pédicule tordu, gros comme l'index, on voit qu'il se compose de plusieurs éléments enroulés en spirale, entre autres de l'extrémité utérine de la trompe. La portion de la trompe prise dans ce pédicule est à peine grosse comme une plume d'oie ; aussitôt après elle devient grosse comme le pouce, et son volume va en augmentant jusqu'au pavillon ; un peu avant ce niveau la trompe à 4 centimètres de diamètre ; en coupant la trompe on obtient des tranches d'un rouge sombre, presque noires, et il semble tout d'abord qu'il ne s'agisse que d'un gros caillot tant les éléments constituant la trompe ont perdu leur aspect habituel ; dans le tiers interne la lumière est très étroite par rapport à l'énorme épaisseur des parois. Mais plus en dehors elle devient elle-même considérable,

et c'est par un orifice ayant deux centimètres de large que s'ouvre la trompe dans le kyste contenant l'épanchement sanguin.

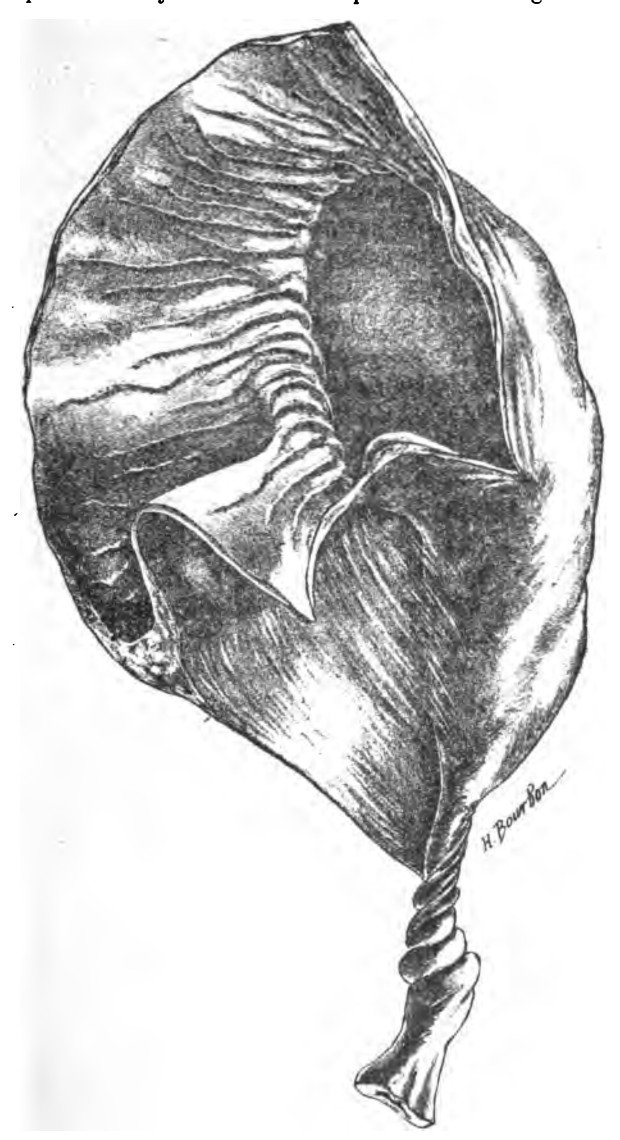


FIG. 1. — Hydrosalpingite à pédicule tordu (l'ovaire est collé à la poche et son aileron participe à la torsion).

La trompe ouverte on voit très bien sa face interne, le niveau où s'arrêtent les franges et où la paroi de la trompe se continue avec la paroi du kyste (fig. 1).

Celui-ci contenait 400 grammes de sang ayant la couleur du sang veineux. Les parois du kyste sont en dedans lisses et régulières; leur coupe, qui a en moyenne un demi-centimètre d'épaisseur, présente la même couleur sombre que celle de la trompe et la même infiltration de sang qu'on fait sourdre en pressant la paroi.

L'ovaire est retrouvé dans la tumeur sous la forme d'un épaississement de la paroi du kyste ; il est situé au point du kyste le plus éloigné de l'abouchement de la trompe.

Les feuillets péritonéaux qui partent du fond du kyste pour le relier au pédicule et s'enrouler à ce niveau autour de la trompe correspondent anatomiquement à l'aileron de l'ovaire ; ils sont épaissis au point de mesurer deux centimètres d'épaisseur ; leur couleur apoplectique est la même que celle des autres éléments de la tumeur.

Du *côté droit* la disposition des annexes est presque semblable, avec cette différence qu'elles sont plus petites. Tandis que les parois de la tumeur sont à gauche épaisses et noires, elles sont à droite très minces et transparentes en plusieurs points.

L'ensemble de la tumeur a 15 centimètres dans son plus grand diamètre ; elle est constituée par un kyste à minces parois se continuant avec la trompe distendue.

Celle-ci est perméable et très contournée sur elle-même, elle a un volume normal à son extrémité interne mais augmente rapidement de diamètre, ses parois au lieu d'augmenter d'épaisseur, s'amincissent par suite de la distension ; le diamètre de la trompe est d'un centimètre et demi au niveau de l'orifice la faisant communiquer avec le kyste de l'ovaire ; les franges sont encore visibles à ce niveau ; un épaississement des tissus fait comme une couronne enveloppant l'orifice autour duquel se sont constituées les adhérences de la trompe et de l'ovaire.

Le kyste a des parois extrêmement minces ; l'ovaire très atrophié se retrouve en arrière et en bas du kyste.

Le contenu du kyste qu'on peut évaluer à 100 gr. environ, était complètement citrin.

Le fragment d'épiploon réséqué pesait 60 gr. ; le bord inférieur

par lequel il adhérait à la tumeur est épais, dur comme du carton, d'un rouge sombre ; il reprend graduellement sa souplesse et son aspect graisseux de bas en haut.

Examen microscopique immédiat. — Le sang contenu dans les annexes droites a un aspect normal ; nous avons trouvé cependant une légère modification dans le rapport des globules rouges et des globules blancs ; on trouve en moyenne un globule blanc pour cent globules rouges.

L'examen direct ne nous a pas permis de trouver de microorganismes.

Cultures. — Toutes les cultures faites avec les tissus des annexes droites sont restées stériles.

Les cultures faites avec le sang de la trompe gauche sont restées stériles, quand on s'est contenté de mettre le fil de platine au contact du sang. Mais en étalant deux ou trois gouttes de ce sang sur un tube de gélose, on obtient de 10 à 15 petits centres de culture.

Le bouillon ensemencé, non avec le fil de platine, mais avec une ou plusieurs gouttes de sang, se trouble dès le lendemain et fournit le même microorganisme que celui des cultures sur gélose.

Ce micro-organisme est donc peu abondant dans le sang du kyste.

Les cultures faites avec le liquide recueilli le lendemain dans le fond du drain donnèrent le même résultat.

Le 1er août, cinq jours après l'ablation du drain, s'ouvrait un foyer purulent paraissant être formé au niveau du pédicule gauche.

Ce pus contenait un assez grand nombre de microcoques à l'examen direct ; les cultures montrèrent qu'il s'agissait du même organisme.

Ce microbe que nous retrouvons dans le contenu de la tumeur, puis dans le liquide du drain le lendemain de l'opération, enfin dans le pus d'un abcès développé au niveau du pédicule, a les caractères suivants :

Sur gélose : épaisse couche blanche laiteuse dont les bords sont régulièrement festonnés ;

Sur bouillon : trouble rapide, dépôt abondant se collectant dans le fond du tube ;

Sur gélatine : fines plaques semblables à celles de la gélose, plus étalées;

Sur gélatine en piqûre, pas de liquéfaction ; la culture se produit sur toute la hauteur; elle est gris sale plutôt que blanche.

Le coccus, de 2 μ de diamètre environ se présente quelquefois isolé, plus souvent par deux ; quelquefois en chaînette dont les éléments ont des dimensions différentes ; le plus souvent en masses régulières, non épaisses, les éléments s'étant juxtaposés dans la préparation mais restant sur une seule épaisseur.

Avec un fort grossissement on voit que ces microcoques se composent de deux éléments ; cette disposition est surtout bien visible sur les plus volumineux des microcoques ; on voit alors chaque coccus séparé nettement par une ligne claire qui en fait deux demi-coques.

Cette espèce se colore bien par toutes les couleurs d'aniline ; elle ne se décolore pas par la méthode de Gram.

Elle paraît peu pathogène pour les animaux, comme l'indiquent nos inoculations.

Plusieurs caractères, entre autres sa façon de se comporter vis-à-vis de la gélatine, ne permettent pas de la confondre avec le staphylocoque pyogène blanc. L'espèce dont elle paraît se rapprocher le plus est le micrococcus lacteus faviformis qu'on trouve souvent dans le mucus vaginal et dans les bartholinites ; Bumm l'a trouvé aussi dans l'utérus. Les résultats obtenus chez les animaux par cet auteur sont seuls un peu différents de ceux que nous allons étudier.

Inoculations. — Le sang contenu dans la salpingo-ovarite a été inoculé sans résultats dans le péritoine du lapin, du rat et du cobaye.

En inoculations sous-cutanées chez le lapin, elle donna lieu à des indurations légères qui disparurent le lendemain.

Les inoculations faites dans le péritoine du cobaye avec le bouillon ensemencé par le sang ne donnèrent aucun résultat. Sous la peau elles donnèrent, dans un seul cas, un petit abcès qui fut ouvert le quatrième jour et contenait le même microorganisme.

Nous fîmes encore des inoculations avec le pus de l'abcès du pédicule ; sur trois expériences nous n'obtînmes qu'une seule fois un petit abcès.

En résumé ce microcoque paraît très peu pathogène ; il paraît

cependant, à un certain degré de virulence, pouvoir se montrer pyogène.

Histologie de la tumeur. — Nous avons pratiqué des coupes dans un grand nombre de régions différentes de la tumeur ; les plus intéressantes correspondaient aux fragments suivants :

1° Fragment de la partie moyenne de la trompe gauche ;

2° Fragment de la paroi du kyste sanguin ;

3° Fragment de la partie moyenne de la trompe droite ;

4° Fragment de l'épiploon adhérent à la tumeur.

1° *Partie moyenne de la trompe gauche.* — Pour se faire une idée de l'aspect que présente la trompe sur une coupe, il faut supposer que chacun des éléments entrant dans la composition de cette salpingite a été dissocié, éloigné des éléments voisins, de façon à ce que la superficie couverte par l'ensemble soit cinq ou six fois plus considérable qu'avant l'hémorragie. Qu'on suppose maintenant que chacun des vaisseaux gorgés de sang ait pris des dimensions extraordinaires, qu'on remplisse de sang tous les espaces laissés entre les éléments dissociés, et l'on aura une idée de l'aspect présenté par cette coupe (fig. 2).

La lumière de la salpingite est peu considérable ; on y trouve des cellules de desquamation épithéliales et des globules sanguins.

L'épithélium est cubique ; il ne subsiste qu'en un petit nombre de points.

Les franges ont disparu et sont remplacées par d'épaisses saillies que fait la muqueuse. Cette disposition tient surtout à ce que la salpingite correspond au type dans lequel les franges s'épaississent en diminuant de longueur ; mais elle tient aussi à ce que l'hémorragie se produisant dans l'intérieur de ces franges, en a écarté les feuillets, tendant ainsi à effacer de plus en plus la saillie de la frange.

L'épaisissement de la muqueuse est énorme : chacun des faisceaux conjonctifs semble nager dans le sang.

Il en est de même pour les deux couches musculaires. L'hémorragie s'est produite non seulement entre les faisceaux, mais entre les fibres des mêmes faisceaux, et il est souvent difficile de voir si le sang qui le sépare est contenu dans un capillaire très dilaté, ou appartient à une hémorragie interstitielle.

Les vaisseaux ont tous subi une modification de même nature; les veines surtout sont très dilatées.

Quant aux artères, il y a lieu de penser que le sang ne pénétrait plus dans l'intérieur de plusieurs d'entre elles, alors qu'il

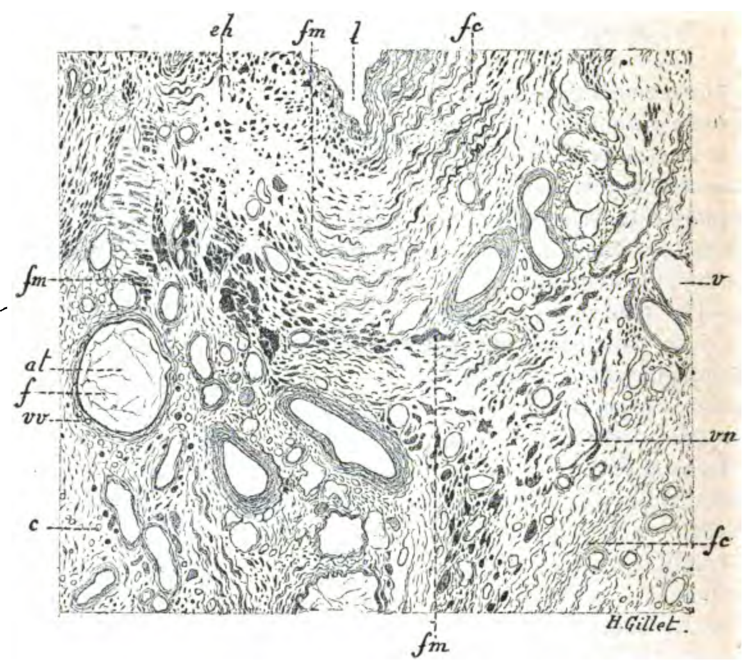


FIG. 2. — Paroi de la trompe vue à un faible grossissement.

l. Lumière de la trompe. — *eh.* Espace clair correspondant à un point où les éléments dissociés par l'hémorragie sont très éloignés les uns des autres. — *fm.* Fibres musculaires coupées longitudinalement ou transversalement. — *fc.* Fibre conjonctive. — *at.* Artère thrombosée. — *f.* Filaments de fibrine parcourant le caillot. — *vv.* Vasa vasorum. — *v.* veine. — *vn.* Veinule. — *c.* capillaire.

circulait encore dans les artères de moindre importance ; ces dernières en effet ne contiennent que du sang normal, tandis que dans les artères d'un gros calibre on constate que le contenu sanguin est parcouru par de nombreuses travées de fibrine. Il s'agit d'un caillot tendant à s'organiser : la paroi de l'artère est

elle-même dissociée (fig. 3), des hémorragies interstitielles se sont faites entre ses éléments, ses vasa vasorum dilatés ont acquis des dimensions considérables.

2° *Partie kystique pleine de sang.* — Les coupes faites dans le deuxième fragment aux dépens des parois du kyste donnent

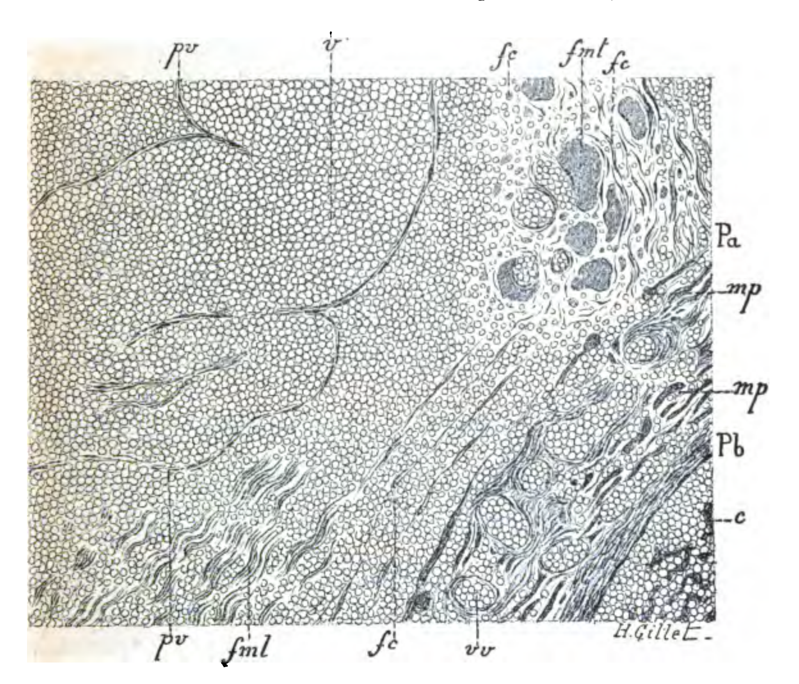


Fig. 3. — Paroi de la trompe vue à un fort grossissement.

v. Veinule dilatée par le sang. — *pv*. Mince paroi de cette veinule. — De *Pa* à *Pb*. Paroi d'une artère dont l'épaisseur est augmentée d'une part à cause des vasa vasorum (*vv*) qui ont pris une importance considérable, d'autre part à cause d'hémorragie interstitielle séparant les éléments de la paroi : fibres conjonctives *fc*, et faisceaux musculaires *mp*. — *c*. Caillot contenu dans l'artère. — *fml*. Fibres musculaires, coupe longitudinale. — *fmt*. Fibres musculaires, coupe transversale. — *fc*. Fibres conjonctives.

un aspect d'apoplexie semblable à celui que donnent les coupes de la trompe ; mais les parois plus denses ont laissé moins facilement dissocier leurs éléments ; d'autre part les vaisseaux moins nombreux n'ont pas donné à l'ensemble un aspect de dilatation

vasculaire aussi caractéristique. C'est sur la paroi de ce kyste que nous avons trouvé en quelques rares points de petits groupes de microcoques.

3° *Trompe droite.* — Quant à la trompe du côté opposé, ses lésions sont celles d'une salpingite chronique, dont les parois et les vaisseaux sont peu malades, mais dont la muqueuse est profondément modifiée tant par les phénomènes inflammatoires dont elle a été le siège, que par la pression que fait subir à sa surface libre l'accumulation du liquide dans la trompe.

Les franges donnent sur la coupe l'aspect de gros bourgeons à têtes arrondies, à pédicules plus ou moins larges. L'épithélium qui les recouvre n'a nulle part conservé ses cils vibratiles ; il paraît avoir une grande tendance à desquamer ; il est d'autant plus aplati qu'il est plus près de se détacher. En certains points on voit deux couches de cellules épithéliales : l'une qui va desquamer n'est composée que de cellules très plates ; celle qui se trouve au-dessous et va la remplacer est formée de cellules cylindriques.

Au-dessous de l'épithélium se trouve une couche fort épaisse du tissu conjonctif s'étendant jusqu'à la couche musculaire ; celle-ci est presque saine, ainsi que les vaisseaux qui s'y trouvent.

Nulle part nous n'avons trouvé de microorganismes dans la coupe de cette trompe.

4° *Épiploon.* — Le quatrième fragment dont l'étude nous a semblé intéressante porte sur le bord de l'épiploon adhérent aux annexes gauches. Si l'on considère la partie supérieure de ce fragment, le point le plus près de la section, on trouve une disposition des éléments se rapprochant beaucoup de l'histologie normale ; les vaisseaux sont seulement plus dilatés ; les travées qui séparent les cellules graisseuses sont épaissies et contiennent un grand nombre de leucocytes.

A mesure qu'on se rapproche de l'extrémité inférieure, cette disposition s'exagère ; un grand nombre de vaisseaux sont thrombosés, et de nombreuses hémorragies interstitielles se sont produites ; les travées séparant les cellules graisseuses sont de plus en plus épaisses et remplies de cellules inflammatoires ; celles-ci par places s'accumulent et remplacent les cellules graisseuses mortes. Au niveau d'un de ces foyers inflammatoires nous avons trouvé un groupe de microcoques ayant le même aspect que

ceux fournis par les cultures et que ceux trouvés plus haut sur la paroi du kyste.

Dans ce cas la torsion a porté, comme on le voit, sur le pédicule d'une hydrosalpingo-ovarite ; elle a déterminé, en même temps qu'une apoplexie de la paroi, une hémorragie dans la poche et des phénomènes inflammatoires péritonéitiques.

Cliniquement cette torsion s'est principalement traduite par de vives douleurs et par une augmentation rapide dans le volume de la tumeur.

Dans deux autres observations que nous avons pu trouver, la torsion avait porté uniquement sur le pédicule de la trompe, l'ovaire n'ayant pas participé à la torsion (1).

Dans les trois il s'agissait d'hydrosalpingite ; dans les trois il y a eu apoplexie de la paroi et hémorragie dans la cavité.

OBSERVATION (J. BLAND SUTTON, *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*. London, 1891, p. 526.)

La torsion se rencontre dans l'hydrosalpinx. Le seul cas que je connaisse vient de la pratique de mon collègue Henry Morris. Je l'aidai dans son opération et pus ainsi constater nettement l'état des parties.

Il s'agissait d'une hydrosalpingite typique. Le liquide contenu était de couleur chocolat. La portion de trompe intermédiaire au kyste et à l'utérus était fortement tordue, de 3 tours et demi. Le kyste adhérait aux parties voisines du ligament large et au péritoine pelvien. Il recevait certainement des vaisseaux nutritifs de cette source, ses connexions vasculaires normales se trouvant supprimées (fig. 4).

---

(1) On trouve encore quelquefois mentionné comme exemple de torsion du pédicule de salpingite un cas de VEIT. En réalité celui-ci, dans une étude générale des hématosalpingites, s'est contenté de mentionner, comme cause des épanchements sanguins dans la trompe, la torsion du pédicule d'une hydrosalpingite, citant à l'appui l'observation de Bland Sutton, mais n'apportant aucun fait nouveau (Uber Hämatosalpinx, *Centralblatt. f. Gynæk*, 30 mai 1891, p. 444).

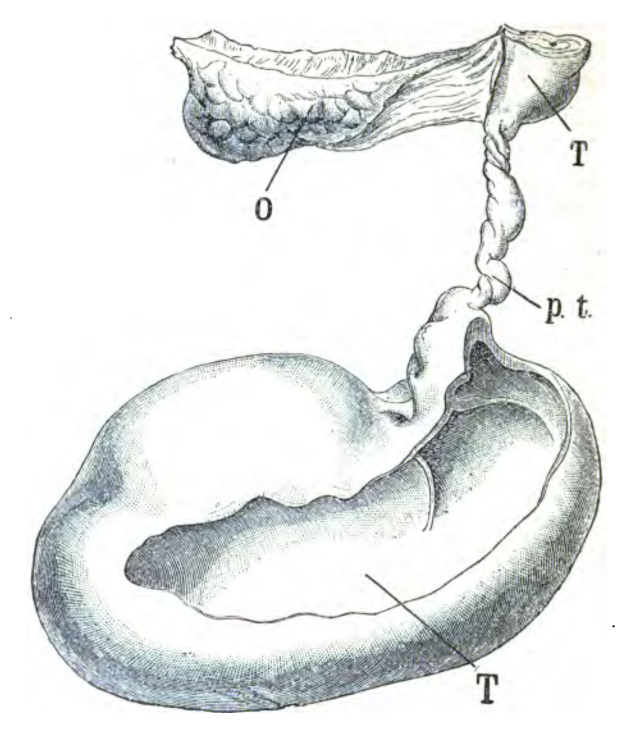


Fig. 4. — Hydrosalpingite avec pédicule tordu (Bland Sutton).

Observation (Pierre Delbet. *Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, 1892, p. 300).

F. R..., 39 ans, ne présente rien dans ses antécédents que quelques douleurs pelviennes de peu d'intensité. Le 20 février 1892, vers 4 heures du soir, elle se promenait dans la rue lorsqu'elle est prise subitement d'une horrible douleur dans la fosse iliaque du côté gauche. Sous l'influence de cette douleur syncopale elle tombe et ne peut se relever. On la ramasse et on la transporte à la Charité où elle est placée dans un service de médecine. Pendant le trajet elle est prise de vomissements qui continuent toute la nuit et jusque dans la journée du lendemain. Je la vois vers midi. Les vomissements se sont reproduits une vingtaine de fois ; ils n'ont pas le caractère fécaloïde. La malade n'a rendu ni matière, ni gaz par l'anus ; elle est préoccupée, agitée, se rendant parfaite-

ment compte de la gravité de son état. Le facies est rouge, le pouls assez plein bien qu'un peu rapide, la température normale. L'abdomen est plutôt rétracté que ballonné. Les douleurs spontanées ont toujours pour siège la région iliaque gauche ; la palpation, particulièrement dans cette région, les augmente à tel point que tout examen sérieux est impossible. Je pratique le toucher rectal et le toucher vaginal, mais comme il est impossible d'y joindre la palpation hypogastrique, ces examens ne révèlent rien si ce n'est que le rectum est libre. Les symptômes d'occlusion étaient très nets, absence de selles et de gaz, vomissements. Comme le début avait été très aigu, très brutal, je pensai qu'il s'agissait soit d'un étranglement par bride, soit d'un volvulus, et je proposai la laparotomie immédiate qui fut acceptée.

Je pratiquai cette opération le 21 février vers 4 heures du soir, c'est-à-dire environ 24 heures après le début des accidents, avec l'aide de M. Cazin, interne du service, en présence de M. Routier, chirurgien des hôpitaux. Incision sous-ombilicale sur la ligne blanche. Le péritoine ouvert, je glisse la main du côté de la fosse iliaque gauche, puis dans le petit bassin du même côté, et, après avoir déplacé quelques anses intestinales mollement adhérentes, je sens une tumeur qui me fait de suite penser à une salpingite. J'amène sans difficulté cette tumeur dans l'incision et hors de l'abdomen. Elle est absolument noire. En l'examinant je constate qu'elle est formée de deux parties adossées, à peu près comme le serait une anse intestinale dont les deux bouts adhéreraient l'un à l'autre par leur bord mésentérique. Le pédicule est très mince, du volume du petit doigt à peu près, et on y voit nettement des replis en volute qui indiquent une torsion évidente. Je pensais alors qu'il s'agissait d'une anse intestinale atteinte de volvulus, et, après avoir fait constater aux assistants l'existence de cette torsion du pédicule, je me mis en devoir de le détordre dans l'espoir de voir la circulation des matières intestinales reprendre dans l'anse supposée. Pour ramener ce pédicule à la rectitude, il fallut faire exécuter à la tumeur trois demi tours. Mais aucune circulation ne se rétablit, et le pédicule restait très grêle. J'explorai alors le pédicule et il me sembla qu'au delà de cette partie rétrécie il s'étalait en divergeant, et que sa portion interne se portait vers la corne utérine, tandis que sa portion externe s'étalait vers le détroit supérieur. Je revins alors à mon

idée première : je supposais que cette tumeur était une salpingite, mais l'apparence était si trompeuse que je n'osai pas la réséquer, et, après avoir pris conseil de M. Routier, je me décidai à dévider tout l'intestin, pour être bien sûr que cette tumeur n'en dépendait pas. Je cherchai donc vers le cæcum la dernière anse de l'iléon, et je fis l'inspection en remontant vers le duodénum. Cette partie de l'intestin grêle était affaissée. Bientôt, en continuant le dévidement, j'amenai les anses qui correspondaient à la moitié droite du bassin ; elles étaient rouges, dépolies et recouvertes de minces exsudats peu adhérents qui furent facilement enlevés. Tout l'intestin ayant été dévidé, il était bien certain que la tumeur n'en faisait pas partie.

Pendant ce temps la narcose s'était complétée. L'examen était plus facile ; je constatai plus nettement que le pédicule au delà de sa partie rétrécie divergeait en dedans vers la corne utérine, en dehors vers le détroit supérieur, puis j'amenai dans la plaie l'ovaire, qui était situé au-dessous de la partie rétrécie. Il était dès lors évident qu'il s'agissait d'une salpingite, et, après avoir lié le pédicule, j'enlevai la trompe et l'ovaire. J'explorai alors la trompe de l'autre côté, et trouvant la trompe oblitérée et distendue par une légère quantité de liquide, je l'enlevai également avec l'ovaire. Lavage du péritoine avec une solution boriquée tiède ; drainage avec une mèche de gaze iodoformée. Suture.

La malade guérit sans autre incident que quelques vomissements survenus le sixième jour et ayant cédé à un lavage de l'estomac.

Sur la pièce on peut voir que la portion externe de la trompe est repliée le long de la portion interne et simule assez bien une anse intestinale dont les deux bouts seraient adhérents par leur bord mésentérique. Cette torsion a déterminé une stase veineuse s'observant par la coloration noirâtre de la tumeur, et des hémorragies dans la cavité, car le contenu de la trompe était hématique.

L'exposé de ces trois faits nous montre une identité absolue entre les phénomènes qui suivent la torsion du pédicule des hydrosalpingites et ceux qui accompagnent la torsion des kystes de l'ovaire : l'hémorragie avec phénomènes de péritonite d'une gravité variable et, dans des cas plus aigus, des symptômes simulant absolument l'obstruc-

tion intestinale. Peut-être cette différence dans l'évolution tient-elle à ce que la torsion est plus ou moins serrée, à ce qu'elle s'est faite brusquement ou lentement. Dans notre cas où les symptômes avaient présenté une marche subaiguë, la torsion semble n'avoir pas oblitéré complètement les vaisseaux, et la circulation, bien que très gênée, ne semble pas entièrement supprimée si l'on se reporte à l'examen histologique. Il serait à désirer que l'on étudiât d'un peu près l'anatomie pathologique des lésions dans les cas de kystes ou de salpingites à pédicule tordu simulant un étranglement interne, pour voir si la torsion est alors plus serrée et si elle supprime complètement la circulation. Cet arrêt circulatoire complet se trouve établi dans une observation due à James P. Warbasse, de kyste ovarique avec torsion du pédicule ayant simulé un étranglement interne. Entre les deux couches interne et externe de la paroi du kyste, se trouvait une extravasation sanguine au milieu de laquelle l'examen histologique montrait des artères et des veines dont le contenu était entièrement coagulé (1).

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS GRAVIDE (2)

Par le Dr E. **Hernandez**.

b) *Extirpation totale de l'utérus parturient par la voie abdominale, d'après la méthode de Freund, après opération césarienne.*

I. SCHRŒDER in C.-H. STRATZ (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*. Band XII, p. 280). Complication de la grossesse par le carcinome.

Cette grave complication a été constatée seulement douze fois de 1876 à 1886 à la clinique de Schrœder, dont cinq fois pendant

---

(1) JAMES P. WARBASSE. Spontaneous torsion of the pedicle of ovarian tumors, with the report of a case of rotated ovarian cyst with extensive intra-mural hæmorrhage. *Annals of surgery*. Philadelphia, avril 1894, t. XIX, p. 440.

(2) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1894, p. 81.

la grossesse et sept fois pendant le travail. Ces cas sont les suivants (1) :

A. — PENDANT LA GROSSESSE. — 1. — Mme S... n, 42 ans, I pare, 1883. Lithopédion, carcinome du museau de tanche. Amputation sus-vaginale. Guérie. Pas de récidive (*Zunächst*).

2. — Mme Sch...z, 41 ans, VI pare, 1883. Carcinome du museau de tanche. Grossesse de quatre mois. Amputation sus-vaginale. Avortement quatre jours après l'opération. Guérie. Pas de récidive (*Zunächst*).

3. — Mme M...sch, 35 ans, VIII pare, 1884. Carcinome progressif du museau de tanche. Grossesse de quatre mois. Avortement à quatre mois. Excochléation, cautérisation. Sortie guérie.

5. — Mme G...r, 38 ans, III pare, 1885. Carcinome de la lèvre antérieure. Grossesse de six mois. Amputation sus-vaginale de la lèvre antérieure. Sortie guérie. Avortement (produit de conception vivant) trois semaines après l'opération.

Donc, dans tous les cas cités ci-dessus, les mères ont été provisoirement guéries, mais aucune d'elles n'est arrivée au terme de la grossesse après l'opération du carcinome.

B. — PENDANT LE TRAVAIL. — 1. — Mme K..., 42 ans, X pare, 1879. Carcinome du col progressif. Grossesse de six mois. Opération césarienne. Mère morte deux jours après l'opération. Enfant né asphyxié, a vécu deux mois.

2. — Mme D...r, 30 ans, III pare, 1879. Carcinome du col; en travail, position transversale. Version et extraction. Enfant mort, macéré. Sortie avec son carcinome progressif; est morte un mois après (2).

3. — Mme K..., 27 ans, III pare, 1881. Carcinome du museau de tanche. En travail. Présentation du sommet. Excochléation. Forceps. Suite de couches fébriles. Sortie guérie. Enfant vivant (fille).

4. — Mme W..., 34 ans, 1892. Carcinome du col. En travail. Accouchement spontané. Amputation sus-vaginale après l'accouchement. Mère morte sept jours post partum. Enfant ?

5. — Mme Schl., 28 ans, II pare, 1884. Carcinome du col. En

(1) Nous n'avons pas voulu séparer l'observation 7 (p. 39) qui seule nous intéresse de celles qui l'accompagnent dans le mémoire de Stratz.

(2) Ces deux cas ont été publiés par FROMMEL. *Zeitschrift.* Bd. 5, S. 158.

travail. Présentation de l'extrémité céphalique. Accouchement spontané. Trois semaines après l'accouchement, amputation sus-vaginale. Mère morte deux mois après l'opération (carcinose progressive). Enfant vivant.

6. — Mme R..., 42 ans, Xpare, 1884. Carcinome du col progressif. En travail. Position transversale. Tympanite de l'utérus. Température 39°. Version avec extraction. Mère morte post partum. Enfant mort.

7. — Mme C..., 28 ans, IIIpare. Carcinome du col. Présentation de l'extrémité céphalique, fièvre 39° 5. Section césarienne. Opération de Freund. Mère morte un jour après l'opération. Enfant profondément asphyxié, n'a pu être ranimé. Opérée d'après Zweifel, le 27 octobre 1879 (1).

Dans ces sept cas : quatre mères sont mortes immédiatement après l'accouchement, et deux pendant les suites de celui-ci. Quant aux enfants, quatre sont nés vivants, deux ont été sauvés définitivement. Nous manquons de renseignements concernant un de ces enfants.

Ces résultats sont assez semblables aux résultats publiés par beaucoup d'autres auteurs. Mais, il y a un point sur lequel je suis en opposition avec les publications parues, c'est que, pour moi, les cas de grossesse compliquée de cancer sont relativement rares.

Sur 1,034 malades affectées de cancer, qui ont été observées pendant les dix dernières années, douze seulement étaient enceintes, soit 1,16 p. 100.

Sur 17,832 accouchements observés dans ce même laps de temps, 7 seulement furent compliqués de cancer, donc 0,039 p. 1,000; c'est-à-dire que pour 10,000 accouchements il n'y a que 4 cas de complication par le cancer.

II. Bischoff in Gonner. *Zeitschr. f. Geb .u. Gyn.* t. X, p. 14.

---

(1) Stratz ajoute plus loin à propos de ce cas : « Il démontre de la façon la plus éclatante, la marche rapide du cancer pendant la grossesse. J'avais eu l'occasion d'examiner cette femme au quatrième mois : il y avait une infiltration modérée du col, la muqueuse cervicale en ectropion n'était guère plus modifiée que dans les érosions, le paramétrium était complètement libre. — Sur la pièce enlevée par l'opération de Freund, le col formait une masse complètement dégénérée de 7 centimètres de hauteur sur 6 centimètres de largeur ».

Braün R..., 41 ans, est accouchée sept fois de 1864 à 1875 ; deux de ses couches se terminèrent à sept mois.

Au commencement d'août 1879, cette femme constata à l'accroissement de son abdomen et à des mouvements bien caractérisé du fœtus, qu'elle était de nouveau enceinte. En novembre, surviennent quelques hémorragies. Le 11 décembre une perte abondante oblige la femme à entrer à l'hôpital ; elle est anémiée ; l'hémorragie est arrêtée au moyen d'injections tièdes. On constate sur la portion vaginale du col de petits points friables ; quelques-uns sont enlevés pour être examinés au microscope. Cette opération est suivie d'un écoulement abondant. Le 15, les pertes obligent de recourir au tamponnement.

Le 17, l'état général de la malade s'aggrave. Après l'avoir chloroformisée, on procède à la laparatomie. L'utérus, préalablement ponctionné, est amené hors des lèvres de la plaie abdominale, et on procède à l'opération césarienne.

L'enfant fut extrait vivant ; on compléta l'opération par l'extirpation de l'utérus par la méthode de Freund. On constata à ce moment l'existence d'une masse cancéreuse à gauche, ce qui força à faire des excisions plus profondes et occasionna des hémorragies graves de l'artère utérine qui ne purent être arrêtées par une ligature en masse. Bien que la perte de sang ait été relativement minime, l'état de la femme était tel qu'on dut transfuser 120 grammes de sang défibriné.

La malade est à peine un peu agitée, et meurt subitement à sept heures trente du soir.

L'enfant, qui était une fille, naquit vivante (3,200 grammes). Survit en 1883.

Autopsie. — Infiltration ganglionnaire intense ; friabilité très marquée du col malade qui mesure 11 centimètres. L'uretère gauche avait été lié avec l'artère utérine.

III. SCHRŒDER. *Centralblatt für Gynäk.*, 1888, p. 10 (1).

L'auteur présente l'utérus d'une femme qui avait un cancer du col au moment de son accouchement. Quatre mois auparavant (mois de juillet), alors qu'elle était enceinte de six mois à peu près, on diagnostiqua un cancer de la portion vaginale. La tumeur,

(1) STRATZ ne rapporte pas cette obs. ; ZWEIFEL ne fait que la mentionner.

du volume du poing, remplissait le bassin, et en son milieu on pouvait reconnaître le canal cervical. L'infiltration s'étendait jusqu'à la partie inférieure du corps de l'utérus. On ne pouvait compter sur un accouchement par les voies naturelles. Dans l'impossibilité de sauver la mère, on laissa l'enfant se développer jusqu'à ce qu'il fût viable.

Sept semaines avant le terme de la grossesse apparaissent les douleurs, sans qu'aucun changement se produise du côté du col. Au bout de 24 heures, il s'écoule du liquide amniotique mélangé du méconium ; les battements du cœur de l'enfant cessent d'être nettement perceptibles. Malgré un pronostic si peu favorable pour lui, il sembla qu'on pouvait tenter quelque chose en sa faveur. L'extraction à travers le col n'était pas possible ; la femme présentait de la fièvre, et les liquides qui s'écoulaient étaient putréfiés. Schröder pratiqua l'opération césarienne, et amena un enfant profondément asphyxié qui ne put être ranimé.

L'opération césarienne classique, non plus que l'opération de Porro, ne semblant devoir donner de résultat pour la mère, on eut recours à l'opération de Freund : les annexes sont séparées en avant et en arrière, les vaisseaux sont liés isolément ; la vessie a été déchirée en la séparant de l'utérus à cause peut-être du ramollissement prolongé qui s'était produit sous l'influence du travail. On sépara l'utérus du vagin qui fut suturé ainsi que le péritoine ; on fit le drainage de la vessie en y plaçant un cathéter à demeure.

Au bout de cinq heures eut lieu la mort de la malade, par péritonite ; dans l'épanchement on trouva de nombreux streptocoques.

IV. Grapow. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* H. 110, 1889. Mme Eva Deubel, née Urban, veuve, âgée de 33 ans, V pare.

Prétend avoir été toujours bien portante. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement, toutes les quatre semaines ; durée des règles, cinq jours ; règles très abondantes, sans douleurs.

La malade a accouché déjà quatre fois : à 22, 24, 28, 30 ans. Grossesses, accouchements et suites de couches furent normaux, sans assistance médicale. La patiente allaita elle-même tous ses enfants, et se plaça aussi une fois comme nourrice. Son mari est mort, il y a trois ans, d'une affection pulmonaire. Elle

vivait pauvrement. Dans ces derniers temps, elle se fit garde-malade ; ce métier la fatiguait beaucoup, surtout les veilles de nuit; ses jambes enflaient toujours.

Son état actuel commença, il y a huit mois, fin d'octobre 1887, par une période menstruelle prolongée et par une perte de sang en dehors de la période avec des fragments comme du sang caillé. En même temps son ventre augmentait de volume. Il y a quatre mois, elle sentit comme des mouvements fœtaux ; cependant le diagnostic de grossesse n'est pas absolument certain. Depuis quelques mois, l'écoulement sanguin aurait cessé et les règles ne revinrent plus.

Elle fut reçue à la clinique le 23 juin 1888, avec le diagnostic d'une tumeur maligne, — avec éventualité d'une opération.

État de la malade le 25 juin 1888 :

La patiente est de taille moyenne, ossature forte, muscles bons. Elle a un aspect cachectique, de sorte qu'elle paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est. Elle présente de l'œdème sur tout le corps, mais particulièrement aux extrémités inférieures et aux parois abdominales. Peau et muqueuses très anémiées ; le visage et la sclérotique un peu teintés en jaune.

Les poumons sont sains, les bruits cardiaques nets ; fréquence du pouls augmentée (114 pulsations) ; pouls petit et faible. Les seins sont de grosseur moyenne, pendants, une légère pression en fait sortir du colostrum. Mamelon bien perméable.

Le ventre est uniformément développé, étendu en longueur, ovoïde. La ligne blanche est peu pigmentée, l'ombilic un peu saillant; de nombreuses vergetures anciennes, et peu de nouvelles. La tumeur s'élève en haut j'usqu'à l'appendice xiphoïde. Le palper est très difficile à cause de l'œdème des téguments abdominaux ; ceux-ci sont fortement tendus et douloureux au toucher, surtout dans un endroit où on a la sensation de « crépitation neigeuse », quand on déplace avec la main la peau sur la couche sous-jacente.

On ne sent ni petites parties fœtales, ni expansions de la tumeur; seulement, des deux côtés de la tumeur, partent deux cordons ronds et tendus, qui paraissent être les ligaments ronds.

A la percussion, le milieu de la tumeur est mat; en haut et en dehors on perçoit un son tympanique. A l'auscultation, on entend dans la région ombilicale le souffle utérin, synchrone avec le

pouls de la malade. A gauche et en haut on entend des bruits de cœur fœtal, mais très indistinctement, de sorte que l'on n'en est pas absolument sûr.

L'examen interne apprend ceci : le vagin est modérément large et long, sa muqueuse un peu rude, mais uniformément et ne présentant pas d'infiltrations nodulaires. On y trouve un écoulement continuel de sang ancien et frais, et mélangé à du tissu friable. Le museau de tanche est court, manifestant par ses fissures la multiparité. La lèvre antérieure est lisse et assez ramollie, la postérieure raide, rongée, fendue, friable. Cet état est constaté des deux côtés, mais c'est surtout dans le paramétrium gauche que ces lésions vont plus loin.

Le canal cervical laisse passer librement deux doigts ; on sent une poche des eaux, et en haut du bassin on perçoit le ballottement d'une grosse tête fœtale, ce qui permet d'émettre sûrement cette fois-ci le diagnostic de la grossesse, laquelle jusque maintenant était douteuse. La patiente fut alors informée qu'elle était enceinte, que ses dernières règles était celles du commencement d'octobre 1887 et qu'elle devait s'attendre à accoucher dans une ou deux semaines.

La vessie se trouve un peu attirée en haut; les urines sont troubles et contiennent beaucoup d'albumine.

L'examen interne ayant démontré que l'accouchement par les voies naturelles était peu probable, la patiente fut préparée à l'éventualité d'une laparotomie.

Le 27 juin 1888, la patiente ressentait depuis la veille des douleurs dans la région lombaire et le bas-ventre. L'examen permit de constater que le travail était déjà commencé, et la patiente fut conduite dans la salle de travail. A sept heures du soir, le col était effacé, autant que le lui permettait l'étendue du tissu ramolli ; l'orifice utérin était grand comme une pièce de deux marks, la tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Les douleurs revenaient à peu près tous les quarts d'heure, douleurs très pénibles ; dans le courant de la nuit pourtant, les douleurs diminuèrent et l'orifice utérin fut de nouveau bouché par les masses entassées de tissu friable.

28 juin 1888. Pendant la nuit, les douleurs ont été moins fréquentes ; le matin il y eut du mieux sous ce rapport, mais on ne constata pas de progrès dans le travail. On se laissa convaincre

de plus en plus que l'accouchement par les voies naturelles, soit spontané, soit artificiel, serait aussi dangereux pour la mère que l'opération césarienne, pour laquelle, cependant on ne se décide pas, parce que l'on n'est pas bien convaincu que l'enfant vit. Dans l'après-midi, on est parvenu une fois à entendre les bruits du cœur fœtal, avec certitude cette fois-ci ; on les a entendus tout à fait à droite et en dehors, et quoique aussitôt on ne les trouvât plus, l'opération fut décidée sur le moment. Voilà ce que nous avons à noter sur l'opération : à cause de la pâleur et de la petitesse du pouls, le chloroforme fut donné tout à fait superficiellement, de sorte que la réaction ne cessa pas un instant. Pendant l'incision de la ligne blanche, il s'écoula une espèce de liquide sanguinolent, clair et aqueux. L'incision longitudinale de l'utérus tomba sur le placenta; l'enfant extrait était gros, fort, et ne tarda pas à crier. Placenta et membranes furent enlevés, la cavité nettoyée avec des éponges au sublimé; tube constricteur très fortement serré. Par le toucher bi-manuel, on a bien constaté la mobilité du col, telle que l'extirpation totale abdominale sera possible. La vessie et le rectum paraissent indemnes, mais dans le paramétrium gauche on constate une infiltration dure qui monte en dehors.

Les annexes utérines des deux côtés furent rapidement liées et enlevées sans écoulement du sang.

La vessie ayant été fortement attirée en dehors, fut séparée de l'utérus avec le couteau; pourtant il en resta des petites portions adhérentes à sa paroi extérieure. Alors, le cul-de-sac antérieur fut par un assistant refoulé du vagin en haut, doublement suturé et détaché. L'état de la malade est déjà très inquiétant, son pouls est très mauvais. Le chloroforme est donné à dose minima; deux injections d'éther ont été faites. L'incision du cul-de-sac de Douglas fut exécutée rapidement et sans aucun accident. Ensuite, le ligament large droit fut lié en quatre endroits; pendant l'incision, il ne s'écoula pas une goutte de sang. Pouls filiforme. Encore deux injections d'éther. Pendant la ligature du ligament large gauche, celui-ci se rompit près de l'utérus. On voit que l'on se trouve au milieu d'une grande infiltration cancéreuse, qui est beaucoup plus étendue que l'on ne supposait.

L'état de la patiente, en attendant, devenait de plus en plus mauvais; la respiration cesse, et malgré les excitations ne revient

plus. Exitus letalis. L'autopsie ne fournit aucun renseignement qui n'ait été reconnu pendant la vie.

La mort fut causée par la grande anémie et la défaillance cardiaque.

c) *Extirpation totale de l'utérus gravide ou parturient, après opération césarienne, par les voies vaginale et abdominale combinées (en une seule séance).*

Avec Benicke, nous allons désigner par 1er *stade* de la carcinose, une limitation telle du carcinome que l'opération radicale peut encore être pratiquée ; par 2e *stade*, la période où le carcinome est devenu incurable et où seul l'emploi des palliatifs est possible.

Si c'est une femme non enceinte qui est atteinte de carcinome, la conduite du médecin est toute tracée : se trouve-t-elle dans le 1er stade, c'est-à-dire quand l'exploration pendant la narcose apprend que tout le tissu malade peut être enlevé en pratiquant les incisions dans le tissu sain, c'est l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale qui est adoptée par tous les gynécologistes et chirurgiens modernes.

Si c'est une femme enceinte qui se trouve dans le 1er stade, on doit se décider pour l'opération le plus tôt possible : il serait imprudent de provoquer d'abord l'avortement, et puis d'attendre encore l'involution complète de l'utérus, perdant ainsi bien des semaines précieuses. Dans ce cas, pas de considérations à l'égard de l'enfant, car l'attente qu'il soit viable aurait pour résultat une extension telle que la mère serait condamnée.

Pour que l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale chez une femme non enceinte puisse être pratiquée, il faut : que l'utérus soit mobile et pas trop gros, que les ligaments larges, la cavité de Douglas et le replis vésico-utérin soient indemnes de toute infiltration cancéreuse. Il faut aussi faire grande attention au déplacement de la vessie.

Il est clair que l'utérus gravide ne peut pas être extirpé par la voie vaginale si la grossesse a dépassé le 2e mois, il est trop volumineux. Dans le cours des deux premiers mois de la grossesse, il peut être extirpé par le vagin (2). L'opération ne présente aucune différence avec l'hystérectomie ordinaire.

(1) ZWEIFEL. *Centralblatt fur Gynäkologie*, n° 12, du 23 mars 1889, p. 193 à 200.

(2) Observations d'HOFMEIER, KALTENBACH, LANDAU-GOTTSCHALK, etc.

Si, la grossesse ayant dépassé le 2e mois, le carcinome est encore tellement limité que son ablation radicale paraisse encore être possible, on doit procéder soit à l'amputation haute du col, ou sus-vaginale (amputatio colli alta sive supra-vaginalis), soit à l'extirpation totale de l'utérus par laparotomie. Dans trois cas d'amputation sus-vaginale que communique Stratz, de la clinique de Schröder, l'avortement s'est produit dans tous les cas ; pourtant, dans le dernier cas, l'avortement n'a eu lieu que trois semaines après l'opération, et il paraît n'avoir été provoqué que par une cause accidentelle.

Dans notre cas, il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, ayant accouché normalement six fois, et ayant été toujours bien portante ; son dernier accouchement eut lieu le 6 janvier 1887. Au mois de mai 1888, sa menstruation disparut et la femme se sentit enceinte de nouveau. Dès le premier mois, la malade ressentit, dans le côté gauche du ventre, des douleurs très pénibles, douleurs comparées par la malade à celles de l'enfantement, et qui l'obligeaient parfois à garder le lit pendant plusieurs jours ; avant son entrée à l'établissement, c'est-à-dire au milieu du mois de septembre, elle commença à perdre du sang abondamment. Une sage-femme et un médecin qui furent appelés, diagnostiquèrent le commencement d'un avortement et envoyèrent la femme à la clinique.

La femme se présenta, et à son examen on trouva : bonne nutrition, bonne mine ; l'utérus montait jusqu'à l'ombilic, les bruits du cœur fœtal s'entendaient distinctement entre l'ombilic et la symphyse. Le museau de tanche fut trouvé fortement augmenté de volume et transformé en ulcère dur au toucher (forme dure), crevassé et légèrement saignant, mais qui n'empiétait pas encore sur les parois vaginales. Le jour de l'entrée fut pratiquée une forte cautérisation avec le chlorure de zinc, et contre l'escarre il fut fait très soigneusement des lavages avec de la créoline. Pour contrôler si et en combien de temps le néoplasme se propageait, on a fait un point de suture sur la ligne de séparation entre le tissu envahi et le tissu sain. Neuf jours après, on constata une notable extension, et dans le courant de quinze jours cette extension en largeur fut de deux travers de doigt.

Donc il y avait danger à attendre et il n'y avait pas à songer dans ces conditions, et au sixième mois de la grossesse, à atten-

dre que l'enfant fût viable; aussi, j'ai décidé de pratiquer l'extirpation complète de l'utérus. L'amputation haute du col, le néoplasme remontant déjà assez haut, devait occasionner l'avortement ; d'autre part, l'extirpation totale pouvait arrêter la marche de la maladie.

Pour l'extirpation de l'utérus le plan suivant fut arrêté et ensuite exécuté. On devait d'abord amputer le col par le vagin avec le thermo-cautère de Paquelin, puis ouvrir la cavité de Douglas. Il va sans dire que toutes hémorragies seront convenablement étanchées ou arrêtées.

Avec l'ouverture de la cavité de Douglas finit l'opération par le vagin. Le vagin est tamponné avec de la gaze iodoformée. La malade est alors placée en position de laparotomie ; la cavité abdominale est ouverte jusqu'à l'ombilic, l'utérus entraîné en dehors et l'enfant extrait. Ensuite, profondément vers le col de l'utérus, est faite *une ligature avec un tube élastique*. A ce moment les ligaments larges des deux côtés sont traités comme je l'ai déjà décrit pour l'hystéro-myomectomie.

Le corps de l'utérus avec le placenta est sectionné au-dessus de la ligature ; ensuite le repli vésico-utérin est ouvert, les fils du pédicule utérin ramenés à travers cette fente dans le vagin, et les bouts coupés courts contre les ligaments larges.

Ainsi finit l'opération dans la cavité abdominale ; les parois abdominales sont fermées à la manière usitée et toutes les précautions prises contre les hémorragies ultérieures. Maintenant, la femme étant de nouveau mise en position comme pour l'opération de la pierre, l'extirpation de l'utérus par en bas est exécutée comme toute extirpation totale par le vagin.

Le pédicule utérin est basculé en avant. Le carcinome est disséqué aussi précisément et minutieusement que possible. Autrefois, j'ai pansé la plaie vaginale avec de la gaze iodoformée. Mais ayant remarqué que souvent cette gaze s'attache fortement aux anses intestinales, lesquelles s'en détachent ensuite avec difficulté, de sorte que quelquefois des anses tout entières sont entraînées en dehors, j'ai changé de procédé. Je réunis les deux angles de la plaie avec un ou deux points de suture au catgut, et j'introduis au milieu un drain en T en gomme enduit d'iodoforme ; ce drain est retiré 6-24 heures après l'opération. Dans le vagin, je mets de la gaze iodoformée.

Le 9 octobre 1888, eut lieu l'opération exécutée selon le plan ci-dessus tracé. Elle se passa sans aucun accident. La température monta jusqu'à 8 h. du soir à 37°,8 C., mais elle baissa ensuite et resta pendant les cinq premiers jours à 37°, 7. Comme il s'écoula très peu de sang à travers le drain, celui-ci fut enlevé dans la soirée.

La malade fut si peu raisonnable que, malgré notre ordre de ne pas avaler des morceaux de glace, elle ouvrit en cachette la vessie remplie de glace et en mangea. Elle a eu beaucoup de vomissements, quoique d'autre part son état fût bon et qu'il n'y eût pas de fièvre. Quand la vessie de glace fut nouée de nouveau, elle la troua pour boire en cachette. Naturellement elle a été mouillée et elle fut atteinte d'un violent catarrhe. Du cinquième au quinzième jour, la température monta tous les jours ; deux fois elle s'éleva jusqu'à 38°,8. Malgré ces accidents la malade guérit entièrement.

Cette opération a ceci de favorable que la cavité abdominale n'est ouverte que pendant très peu de temps, que le carcinome peut être disséqué par en bas et que l'hémostase peut se faire beaucoup mieux.

L'enfant dans ce cas n'était pas viable. Mais un enfant viable ou vivant peut être parfaitement obtenu avec cette manière d'opérer, tout en permettant l'ablation radicale du tissu malade. Les incisions dans le vagin ne nuisent pas à la vie des enfants, car il est démontré qu'ils supportent des tentatives beaucoup plus sérieuses. Avec ces incisions, on évite les hémorragies un peu fortes qui se produiraient si l'on ouvrait les culs-de-sac vaginaux par en haut.

La pièce anatomique — dans notre cas l'utérus avec placenta *in situ* — fut aussitôt après l'extirpation injectée par l'artère et la veine utérines et la veine ombilicale. La description de cette pièce paraîtra ultérieurement. Depuis le cas de Schröder (opérée du 27 octobre 1879), l'extirpation de l'utérus (opération de Freund) au dixième mois de la grossesse et pendant l'accouchement, fut exécutée par Bischoff, le 13 décembre 1879. Les deux femmes, celle de Schröder et celle de Bischoff moururent; la première deux jours et la deuxième neuf heures après l'opération. Dans le premier cas, les points de suture de l'utérus se sont défaits par la désagrégation des nœuds, malgré les sept sutures profondes qui

traversaient toute l'épaisseur de la plaie utérine, et une quantité de points de suture superficiels. Dans le dernier cas, la malade était déjà dans un triste état avant l'opération, et il y eut un fâcheux accident : pincement dans la ligature de l'uretère gauche. Le carcinome était aussi beaucoup plus étendu qu'on ne le supposait tout d'abord.

Le troisième cas est de Spencer Wels, du 21 octobre 1881, avec succès pour la mère. Le fœtus n'était que de six mois, fit peu d'inspirations. Le manuel opératoire fut assez semblable à celui de Freund.

Le quatrième cas fut de nouveau une opération de Freund, faite par Schröder. La date n'est pas précisée. On en trouve une courte mention dans les comptes rendus des séances de la Société berlinoise d'accouchements et de gynécologie, du 27 novembre 1885 (*Centralblatt für Gynækologie*, 1889, p. 10). La mort eut lieu cinq heures après l'opération, par péritonite ; dans l'épanchement on trouva de nombreux streptocoques. Cette opération fut exécutée au moment du travail.

Pour éviter les deux dangers de l'opération de Freund (1) (hémorragies graves et exposition des intestins, d'où leur refroidissement), j'ai eu recours huit fois à un procédé combiné qui est le suivant : j'ai d'abord amputé la portion vaginale de l'utérus, ouvert le cul-de-sac de Douglas et préparé le pédicule en haut et en avant de la vessie. Ensuite, après étanchement du sang, j'ai bouché le vagin avec de la gaze iodoformée, et, après avoir fait changer la position de la femme, j'ai pratiqué la laparotomie.

Dans trois cas de grossesse à terme, c'est à ce moment que l'enfant fut extrait par l'opération césarienne ; afin de ne pas perdre de temps, au lieu de suturer l'utérus, on l'a étreint par un tube élastique fortement noué. Alors seulement, on procéda à l'application des ligatures partielles, comme cela se fait dans la myomectomie. Les deux ligaments infundibulo-pelviens furent liés séparément, et l'on fit ensuite une ligature unique en masse. Le tube ayant rempli son rôle, le sang écoulé fut étanché avec des éponges et l'utérus vide fut enlevé avec le placenta. Le repli

(1) Paul Zweifel. *Vorlesungen über klinische Gynäkologie*, p. 316 et suiv. Berlin, 1892.

vésico-utérin fut alors ouvert et par lui les fils de ligature laissés longs furent ramenés dans le vagin et coupés courts ; après quoi la cavité abdominale fut réunie et suturée.

L'opération par ce procédé se fait en quinze ou vingt minutes, et elle ne présente aucun danger concernant le refroidissement des intestins. Après un pansement provisoire rapide, protégeant contre le refroidissement ultérieur, les jambes sont relevées de nouveau et alors seulement le petit pédicule cervical est extirpé par en bas, selon le procédé type.

On comprendra aisément l'avantage de ce procédé en constatant les résultats de cette opération hardie : sur huit femmes ainsi opérées, deux seulement moururent.

Je crois utile au point de vue pratique, de raconter l'histoire de ces deux opérées.

La première fut amenée à la clinique avec des hémorragies ; figure creusée et jaune-cire, en un mot dans un état de cachexie bien caractérisé. Le carcinome exhalait une odeur fétide, et à cause de cette odeur le vagin et la portion vaginale de l'utérus furent désinfectés tous les jours et tamponnés chaque fois avec de la gaze iodoformée et des tampons à l'alcool salicylé ; en plus les intestins furent vidés.

Après l'opération survint de la fièvre, et une péritonite septique se déclara sans qu'on ait pu prévoir cet accident. A l'autopsie, on constata l'intégrité de la vessie et des uretères. La cause de la septicémie resta non éclaircie.

La deuxième malade venait de la policlinique à cause de l'impossibilité où elle était d'accoucher. Malgré de fortes douleurs, le travail durait depuis vingt-quatre heures ; la cause en était un carcimone du col utérin. Comme la parturiente arriva chez nous tard dans la soirée, l'extirpation totale de l'utérus ne put être pratiquée, faute d'une bonne organisation de l'éclairage. D'autre part, il ne fallait pas songer à laisser la malade pendant toute la nuit dans l'état où elle se trouvait, en proie à des douleurs violentes et prolongées. Donc, il fut décidé de faire une application du forceps, après avoir procédé préalablement à l'incision des végétations cancéreuses. Le forceps fut appliqué, et l'enfant extrait vivant, mais la parturiente perdit beaucoup de sang. On est arrivé cependant à l'hémostase complète par le tamponnement des incisions et de la cavité cervicale. Le matin suivant on pra-

tiqua l'extirpation totale de l'utérus fraîchement vidé. L'hémorragie fut de nouveau très forte et l'opération pénible. La femme fut emportée de la table d'opération dans un état très grave, et malgré les injections d'éther, etc., cet état resta stationnaire jusqu'au soir. On a eu recours aux injections sous-cutanées et intraveineuses de solution de sel de cuisine ; il en fut injecté en tout environ 2,000 centimètres cubes jusqu'au moment où la malade fut complètement remise.

Pendant la période post-opératoire, la malade fut toujours très constipée, ce qui occasionna un tympanisme continuel de l'abdomen. La fièvre fut notée une seule fois ; l'état général et l'aspect de la femme s'étaient améliorés à ce point que nous crûmes trois semaines après l'opération que la malade était hors de danger. Tout d'un coup, le vingt-sixième jour, la température monta, le pouls devint mauvais ; vomissements, constipation complète. Evidemment, il se faisait une péritonite septique. A l'autopsie on trouva le rectum gangrené, perforé, et en volvulus dans l'S iliaque. C'est là l'explication de cette péritonite aiguë par perforation.

Les six autres extirpations totales de l'utérus par la méthode vaginale et abdominale combinée, furent exécutées en partie à cause de végétations généralisées périmétritiques, en partie à cause de grossesse concomitante, et une fois pour un utérus gros comme la tête d'un homme adulte, avec un kyste de l'ovaire.

Un cas de guérison avec grossesse au sixième mois a déjà été publié (*Centralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 109).

CONCLUSIONS

I. — Chaque fois qu'une femme enceinte est reconnue atteinte d'un cancer utérin, *si le cancer est opérable* on doit pratiquer l'extirpation totale de l'utérus et des annexes sans retard, quel que soit l'âge de la grossesse.

II. — L'opérateur doit se préoccuper : 1° de rendre impossible toute contamination de la plaie opératoire par les produits cancéreux ; 2° d'enlever la totalité du néoplasme.

III. — Pour remplir ce double but, il doit recourir aux

seuls procédés opératoires lui permettant d'enlever en entier l'utérus et ses annexes, après avoir isolé le néoplasme par quelques sutures : dans les trois premiers mois, l'hystérectomie vaginale sera l'opération de choix, suivant le procédé actuel de Martin, de préférence ; à partir du quatrième mois, on fera l'hystérectomie abdominale totale par la méthode de Mackenrodt.

Si la grossesse n'a pas dépassé le septième mois et demi, quoique l'enfant soit vivant on fera l'extirpation totale de l'utérus ; si l'enfant est bien viable ou à terme, on pratiquera l'opération césarienne suivie immédiatement de l'extirpation totale utéro-ovarique que nous conseillons.

IV. — Lorsque le cancer est inopérable, on s'inquiétera du moyen le plus sûr de sauver l'enfant.

V. — Le diagnostic posé de bonne heure pourra seul nous permettre d'espérer des guérisons définitives, si, comme il semble rationnel, un semblable espoir est possible : d'où notre conseil de *chercher le cancer utérin chez les femmes enceintes.*

VI. — Toutes les mesures que nous recommandons ont pour but final non seulement de prolonger la vie des femmes atteintes de cancer utérin, mais de procurer la guérison définitive, répétons-le, si elle est possible. Dans ce sens, il est à désirer que dans toute nouvelle observation on précise : 1° l'état de la malade, l'étendue du néoplasme au moment de l'intervention, l'âge de la grossesse et le temps écoulé entre le moment où le cancer a été reconnu et celui de l'intervention ; 2° si l'on a pris soin d'enlever des masses cancéreuses et d'isoler le plus possible le néoplasme au moyen de sutures ; 3° si l'on a enlevé tout le cancer avec l'utérus et les annexes, et par quel procédé.

Le diagnostic histologique doit précéder toute intervention opératoire.

En cas de mort, après guérison opératoire, il serait très important de décrire l'état de la cicatrice.

REVUE CLINIQUE

ÉPITHELIOMA PRIMITIF DE LA TROMPE DE FALLOPE SIMULANT UNE HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE. — ABLATION PAR LA LAPAROTOMIE. — GUÉRISON

Par **M. Tuffier**, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

La nommée Marie G..., âgée de 55 ans, est entrée, le 15 juillet 1892, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 6.

Cette malade ne présente rien à noter dans ses antécédents héréditaires, et sauf un ictère catarrhal survenu à l'âge de 17 ans, à la suite d'une vive émotion, elle n'a jamais eu de maladies graves.

Son passé génital est également négatif. Réglée à 18 ans, elle a toujours eu des menstrues régulières, interrompues par deux grossesses suivies d'accouchements à terme, faciles et sans accidents consécutifs : le premier à 22 ans, le deuxième à 25 ans. La ménopause eut lieu à 51 ans, en 1888.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à la fin du mois de mai 1892, il y a environ deux mois. Vers cette époque, quatre ans après la ménopause, elle commença à souffrir du bas-ventre, et eut des métrorragies. Ces accidents persistèrent, avec des alternatives d'amélioration et d'exacerbation, jusqu'au mois de juillet 1892, époque à laquelle, sur le conseil d'un médecin qu'elle alla consulter, elle entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger, le 15 juillet 1892.

A son entrée à l'hôpital, la malade est donc dans un état général satisfaisant, et le cœur, les poumons, le tube digestif examinés avec soin sont en parfait état.

Dans la région hypogastrique, la palpation fait constater la présence d'une volumineuse tuméfaction ne dépassant pas la ligne médiane et s'étendant à droite du côté de la fosse iliaque qu'elle occupe presque en entier. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus repoussé tout entier en avant, le col appliqué contre la symphyse pubienne, et immobilisé dans cette situation absolument comme s'il s'agissait d'une hématocèle, et la ressemblance

est d'autant plus parfaite que le cul-de-sac postérieur est rempli par une grosse masse fluctuante s'étendant du côté droit dans le cul-de-sac latéral qu'elle remplit également. Le cul-de-sac latéral gauche est libre.

Par le palper combiné au toucher, on sent que cette tumeur se continue directement avec celle qui occupe la fosse iliaque droite, qu'elle est immobile et paraît faire corps avec l'utérus. Par le toucher rectal, on trouve que cette tumeur fait saillie dans le rectum.

Diagnostic. — Hématocèle rétro-utérine, qui, vu l'âge de la malade, est probablement due à un néoplasme.

LAPAROTOMIE le 18 juillet 1892. — Chloroforme. Asepsie.

A l'ouverture de l'abdomen, on rencontre d'abord l'épiploon adhérent à la tumeur, qui est constituée par la trompe droite énormément distendue. Les adhérences épiploïques libérées, j'énuclée assez facilement et sans accident la tumeur du petit bassin jusqu'au bord de l'utérus. Elle présente le volume d'une petite tête de fœtus. Son pédicule, formé par la portion interne de la trompe, est lié avec la soie plate au niveau du bord de l'utérus, et la tumeur est enlevée.

La trompe gauche est normale, l'ovaire de ce même côté scléro-kystique. Toilette du péritoine. Suture de la paroi en trois plans, et pansement à la gaze iodoformée.

Les jours suivants n'ont été troublés par aucun incident, la température n'a pas dépassé 37°,3 et la malade sortit guérie le 10 août 1892.

Cinq mois après cette opération, la malade est revue en bonne santé, et ne présente aucune trace de récidive ou de généralisation.

La trompe enlevée a la forme d'une énorme poire à grosse extrémité externe. Sa surface extérieure est lisse, sauf en un point où elle présente une petite saillie peu volumineuse. Incisée suivant son grand axe, on la trouve remplie de caillots et de liquide séro-sanguin, au milieu desquels est une tumeur villeuse bien nettement pédiculée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE par mon collègue et ami PIERRE DELBET.

La trompe qui m'a été remise, après un séjour prolongé dans l'alcool, présente encore, malgré la rétraction qu'elle a dû subir, un volume considérable. C'est celui d'une grosse poire dont elle

a aussi la forme, la grosse extrémité étant tournée en dehors. Même à la partie interne, au point où a porté la section, la trompe est encore légèrement hypertrophiée ; elle a à peu près le volume du petit doigt. Il est aisé de voir que l'hypertrophie porte surtout sur la paroi, la lumière du canal n'étant que peu élargie.

La surface externe de la tumeur est grisâtre, et lisse ; on n'y voit pas trace d'adhérences. Je n'ai rien à dire sur la consistance puisque la pièce a été durcie dans l'alcool.

Quand on incise la partie externe, dilatée de la trompe, on constate d'abord que la paroi mince ne présente guère que 2 millimètres d'épaisseur. Après l'avoir incisée sur toute sa longueur et écartée, on voit le contenu, formé d'une masse noirâtre, molle et friable, qui paraît tout à fait indépendante de la paroi. On croirait d'abord au contenu d'un kyste coagulé sous l'influence de l'alcool. Mais en faisant le tour de cette masse, on arrive sur un pédicule, un peu plus résistant, qui s'insère sur la paroi postéro-inférieure de la trompe, en dedans de son milieu dans le sens de la longueur. Ce pédicule irrégulièrement arrondi ne mesure guère que 1 centimètre de diamètre. Il s'agit donc d'une tumeur villeuse, à petit pédicule, née dans la muqueuse de la trompe, et qui s'est développée dans la cavité de cet organe en le distendant de telle sorte qu'elle y est contenue comme dans un kyste. En regardant de plus près, on voit qu'au niveau du pédicule la tumeur a traversé toute l'épaisseur de la trompe, et envoyé en dehors un petit prolongement; mais tandis que ce prolongement extratubaire n'est guère plus gros qu'un pois, la tumeur principale intra-tubaire a presque le volume du poing. La face interne de la paroi de la trompe est lisse dans toute la partie dilatée, sauf en un point, où elle est irrégulière. Il m'a semblé, sans que je puisse l'affirmer, qu'il y avait en ce point une légère adhérence entre la tumeur et la paroi.

Des coupes ont été faites : 1° dans l'épaisseur de la tumeur villeuse ; 2° au niveau du pédicule ; 3° dans la paroi tubaire. Les deux premières séries de coupes ont été faites après inclusion dans la paraffine, la masse était trop friable pour pouvoir être bien coupée après simple durcissement.

Les parties périphériques de la tumeur sont en état de nécrobiose ; elles se colorent peu ou pas sous l'influence des réactifs. Au delà de cette zone en pleine dégénérescence, qui ne mesure

guère que 2 à 3 millimètres d'épaisseur, le néoplasme est formé d'éléments très vivants qui fixent avec une grande intensité les réactifs colorants. A un faible grossissement, sur les préparations bien colorées, on distingue deux éléments : des boyaux épithéliaux et un stroma, qu'il faut étudier séparément.

Les boyaux épithéliaux sont de formes très variables, les uns étroits et allongés, les autres plus larges, irrégulièrement anastomosés entre eux. Ces anastomoses circonscrivent par place de minces travées conjonctivo-vasculaires, qui, sur les coupes, prennent l'aspect de ces corps que Robin avait appelé oriformes, et qui ont valu à certaines tumeurs le nom de cylindromes. Presque partout ces cellules épithéliales, sous l'influence des réactifs durcissants, se sont détachées de la paroi. Mais elles restent unies les unes aux autres, ce qui prouve qu'il existe entre elles une notable cohésion. En certains points, les boyaux sont tapissés d'une seule rangée de cellules épithéliales ; mais en d'autres points ils sont absolument remplis de ces cellules, dont les périphériques restent adhérentes les unes aux autres, tandis que les centrales paraissent libres dans la cavité. De forme assez irrégulière, ces cellules appartiennent en général au type cubique, ou cylindrique bas. Elles ont un gros noyau, avec plusieurs nucléoles. Sur les pièces colorées à la safranine ou à l'hématoxiline, on distingue avec un fort grossissement des figures kariokynétiques en très grand nombre.

Le stroma est très abondant ; en certains points on ne trouve que de rares et grêles boyaux épithéliaux, qui y sont comme perdus, si bien qu'on pourrait croire, si on bornait son examen à ces points, qu'il s'agit d'un sarcome. Ce stroma présente une autre particularité : il est tout entier embryonnaire, formé de petites cellules rondes supportées par un réseau de minces fibrilles. Nulle part on ne trouve de tissu conjonctif adulte. Au voisinage des boyaux épithéliaux, le stroma ne présente aucune modification. Les cellules épithéliales reposent directement sur le tissu conjonctif embryonnaire. Quant aux vaisseaux, qui sont assez nombreux, ils n'ont pour paroi, dans toute cette partie de la tumeur, qu'une seule couche de cellules endothéliales.

Au niveau du pédicule la disposition est à peu près la même avec cette différence toutefois qu'il existe au centre, de belles travées conjonctives, fibreuses, qui s'élèvent et pénètrent en divergeant

dans la tumeur. La paroi de la trompe est là complètement détruite. Dans les autres points, elle est notablement altérée, en grande partie fibreuse, elle ne présente que quelques rares fibres musculaires; en outre les villosités ont presque partout complètement disparu. La face interne est lisse sur le microscope comme à l'œil nu, et même on ne trouve aucun revêtement épithélial. Cependant, au point que j'ai déjà signalé dans la description macroscopique, point où sur une surface large comme une pièce de deux francs la paroi était irrégulière, il existe des villosités, qui paraissent même hypertrophiées.

D'après ces détails de structure, il est évident qu'il faut porter le diagnostic d'*épithéliome*. Mais il s'agit d'un épithéliome assez particulier, puisque la tumeur volumineuse était nettement et même étroitement pédiculée. C'est là une disposition qu'il est juste de rapprocher de celle qu'on rencontre souvent dans la vessie. Au point de vue pronostic, on peut affirmer que la tumeur est de nature maligne, et même à marche rapide. Les boyaux épithéliaux ne sont pas, il est vrai, très abondants, mais le stroma est purement embryonnaire dans la plus grande étendue du néoplasme, et cet état du stroma est toujours en rapport avec une évolution rapide. Abandonnée à elle-même, la tumeur se serait certainement étendue et généralisée; l'envahissement complet de la paroi au niveau du pédicule en est d'ailleurs une preuve certaine. Mais comme le pédicule est étroit, comme la section de la trompe a porté sur un point qui ne présente pas de lésions épithéliomateuses, on peut espérer que la guérison sera définitive et complète.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de juin 1894.

M. Bar. Présentation d'une **femme à bassin rachitique, pseudo-ostéomalacique, et chez qui on dut pratiquer l'opération césarienne.** 22 ans, de petite taille (1 mèt. 30), rachitique; arthrite blanche du genou gaucho à 17 ans. Colonne vertébrale présente, au niveau

de la région dorso-lombaire, une scolio-lordose. Incurvation des tibias. Bassin rétréci, diamètre promonto-sous-pubien 7,5 centim., diamètre conjugué vrai encore plus étroit, du fait de la lordose accusée des dernières lombaires. Le bassin offre bien le type des bassins ostéomalaciques. Début du travail à terme. Opération césarienne. Extraction d'un enfant vivant, du poids de 2,300 grammes.

M. OLIVIER présente un **insufflateur de trousse.**

MM. PORAK et DURANTE. **Sur un cas d'ostéogénèse anormale caractérisée par une résorption trop intense des traînées osseuses, tant d'origine cartilagineuse que périostale.** L'observation concerne un enfant, né à terme, d'une femme âge de 31 ans qui, bien qu'étant d'une constitution faible, ne présentait dans ses antécédents rien d'intéressant au point de vue de l'origine des déformations osseuses multiples présentées par l'enfant. Ainsi, pas de tuberculose, pas de syphilis, pas de consanguinité, pas de monstres dans la famille. Un accouchement antérieur datant de 5 ans, terminé par la naissance d'un enfant vivant, bien conformé.

L'enfant, atteint d'altérations osseuses multiples, succomba quelques jours après sa naissance. M. Porak décrit dans le détail les nombreuses altérations osseuses que l'autopsie fit constater et qui intéressent le crâne et les membres (1). Il formule ensuite les conclusions suivantes : « Il s'agit d'une altération de l'ossification qui intéresse l'os périostique et l'os cartilagineux, mais surtout ce dernier. En effet, le périoste arrive à construire une coque osseuse, mince il est vrai, mais régulière ; le cartilage, au contraire, ne donne nulle part naissance à des tissus osseux normaux, quoique ses cellules prolifèrent abondamment, que les capsules-mères qui en résultent se sérient bien parallèlement à la ligne d'ossification et viennent régulièrement s'ouvrir dans la moelle osseuse. L'ossification cartilagineuse ébauchée ne se poursuit pas, ne s'achève pas, peut-être parce que, ainsi que nous l'avons vu, les ostéoblastes ne se déposent pas régulièrement autour des travées osseuses; l'ossification périostale arrivée à un degré plus avancé ne progresse plus.

« Il semble y avoir ici un processus de résorption interne qui détruit les travées osseuses à mesure qu'elles sont produites et

---

(1) *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, nº 6, 1894, p. 177.

ceci d'une façon plus active au niveau du cartilage que du périoste, quoique l'os périostal n'y échappe pas, lui non plus ».

« Au point de vue symptomatique, les caractères dominants de la maladie sont : 1° le peu de poids du fœtus cependant à terme (2,000 gr.); 2° la micromélie par défaut d'allongement et par incurvation symétrique des os longs des membres; 3° l'augmentation d'épaisseur des os longs dans toute leur étendue; l'ossification très retardée des os de la voûte du crâne, normale ou prématurée à la base. »

« La maladie doit être rangée parmi les dystrophies. »

M. Maygrier. **Basiotripsie sur la tête dernière dans un bassin vicié.** — X..., 44 ans, primipare, rachitique, arrivée au commencement du neuvième mois, en travail avec rupture précoce des membranes, ayant un bassin généralement rétréci, de 8 centim. environ de diamètre promonto-pubien minimum, et chez laquelle le fœtus mort depuis peu, se présentait la tête en bas, mais nullement engagée, avec des procidences multiples du cordon et des membres. L'accouchement traînant en longueur et l'utérus étant déjà fortement rétracté, on procède à la version suivie de l'extraction du fœtus. Celle-ci aisée, jusqu'à la tête arrêtée transversalement au détroit supérieur. La manœuvre de Champetier de Ribes pour le dégagement de celle-ci échoue. On se décide alors pour la basiotripsie sur la tête dernière. Perforation difficile qui donne issue à une petite quantité de matière cérébrale. Réintroduction du perforateur, et application de la branche gauche du basiotribe, puis, petit broiement. Nouvelles tentatives d'extraction qui échouent. Il faut appliquer la branche droite du basiotribe. Mais cette introduction s'accompagne de telles difficultés, qu'on est obligé de pratiquer la décollation pour dégager le canal génital et faciliter l'opération. Le corps du fœtus extrait, la branche droite est appliquée assez facilement et le grand broiement effectué. La substance cérébrale s'écoule en abondance. L'extraction se fait ensuite sans difficultés en combinant à de légères tractions un mouvement de rotation destiné à ramener le grand diamètre de la tête fœtale dans le diamètre transverse pelvien. M. Maygrier insiste sur le *grand avantage du basiotribe qui permet à l'opérateur de se débarrasser du corps encombrant du fœtus tout en maintenant, au moyen du perforateur et de la petite branche,*

de la région dorso-lombaire, une scolio-l
tibias. Bassin rétréci, diamètre promonto-
diamètre conjugué vrai encore plus étroi
accusée des dernières lombaires. Le bassi
bassins ostéomalaciques. Début du travail
rienne. Extraction d'un enfant vivant, du

M. OLIVIER présente un **insufflateur de**

MM. PORAK et DURANTE. **Sur un cas d'ost**
risée par une résorption trop intense d
d'origine cartilagineuse que périostale. I
enfant, né à terme, d'une femme âge d
d'une constitution faible, ne présentait
d'intéressant au point de vue de l'origine
multiples présentées par l'enfant. Ains
de syphilis, pas de consanguinité, pas d
Un accouchement antérieur datant de
sance d'un enfant vivant, bien conform

L'enfant, atteint d'altérations osseu
quelques jours après sa naissance. M. P
nombreuses altérations osseuses que l'
intéressent le crâne et les membres
conclusions suivantes : « Il s'agit d'un
qui intéresse l'os périostique et l'os c
ce dernier. En effet, le périoste arriv
osseuse, mince il est vrai, mais régu
traire, ne donne nulle part naissance à
quoique ses cellules prolifèrent abon
mères qui en résultent se sérient b
d'ossification et viennent régulièrem
osseuse. L'ossification cartilagineuse
ne s'achève pas, peut-être parce q
les ostéoblastes ne se déposent p
travées osseuses; l'ossification péri
avancé ne progresse p

« Il semble y avo
détruit les tra

…ECINS RUSSES (1)

… 1893.

…la **grossesse tubaire dans sa pre-**
…nt raisonnable de la grossesse
…, consiste dans l'excision de ce
… moment de la rupture du sac,
…'il faut avoir recours toutes les
…me le permet ; après la rupture
… absolument indiquée si la gros-
…evient péritonéale. Mais lorsqu'on
…matocèle rétro-utérine constituée
…rompe gravide, l'intervention opé-
…la très grande majorité des héma-
…e en se résorbant. Il ne faudrait
… la tumeur sanguine reste station-
…rès la cessation des phénomènes
…de 25 ans, hématocèle rétro-utérine
…e mois d'une grossesse ; l'épanche-
…itivement l'ombilic se résorbe dans
… mesure que cette tumeur diminue
… nettement le développement d'un
…t la persistance d'une tumeur de la
…nie, exécutée neuf mois après le début
… le diagnostic ; le kyste fut enlevé ainsi
…se comme un poing, — elle contenait
…nguins en voie de résorption. L'épan-
… de Douglas était résorbé, et la trompe
…rtes adhérences.

…é par l'expectation trois cas de rupture
…t deux chez la même malade ; les trois

… avec succès une hématocèle qui avait

…MÉNOFF. — La voie abdominale est tou-
…nale pour l'opération d'une hémato-
…rmet pas dans tous les cas d'enlever

la tête fœtale solidement fixée, ce qui facilite énormément la fin de l'opération.

Discussion : M. Guéniot est d'avis qu'on ne doit jamais hésiter à pratiquer la décollation quand l'enfant est mort. Car la décollation facilite l'intervention.

R. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MOSCOU (1)

Séance du 4 mai.

V. V. Rosanoff. **Un cas de hernie de l'utérus.** — Femme de 45 ans, arrivée à la clinique avec une tumeur volumineuse dans l'aine droite. Depuis cinq ans elle possédait une hernie, facilement réductible, dans laquelle elle avait remarqué l'existence d'un corps dur, douloureux à la pression ; depuis onze mois la hernie ne rentre plus et depuis six mois la tumeur augmente rapidement. Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, elle descendait jusqu'au genou, présentait une masse piriforme, ferme, fluctuante et paraissait contenir un corps dur et animé de mouvements. La femme a déjà eu douze enfants, dont trois depuis que la hernie existe ; le col de l'utérus est très élevé, le corps manque à sa place normale. A la fin de janvier 1894, à la fin du sixième mois de la grossesse suivant les dernières règles, il y eut un grand écoulement de liquide amniotique après lequel il fut facile de reconnaître un fœtus dans la tumeur herniaire ; on voyait les contractions utérines passer dans la tumeur comme des ondes de haut en bas et saisir ensuite la tumeur dans son ensemble ; l'accouchement se fit ainsi rapidement, sans le secours des muscles de l'abdomen ; le fœtus fut retiré mort. Le lendemain l'utérus fut réduit dans le bassin et, trois mois plus tard, on fit la cure radicale de la hernie, en enlevant les annexes gauches adhérentes au sac. L'opérée, bien guérie, est présentée à la Société.

A. N. Solovieff a vu une hernie ombilicale chez une vieille demoiselle de 67 ans ; la tumeur, du volume d'une tête d'adulte, fut opérée, elle contenait de l'intestin et un kyste de l'ovaire ; l'opérée guérit.

---

(1) *Vratch*, n° 22, 1894.

Ve CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES (1)

Décembre 1893.

J.-J. Smolski. **Du traitement de la grossesse tubaire dans sa première moitié.** — Le seul traitement raisonnable de la grossesse tubaire, avant la rupture du sac, consiste dans l'excision de ce sac par la voie abdominale. Au moment de la rupture du sac, c'est encore à la laparotomie qu'il faut avoir recours toutes les fois que l'état général de la femme le permet ; après la rupture de la trompe, la laparotomie est absolument indiquée si la grossesse, de tubaire qu'elle était, devient péritonéale. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'une hématocèle rétro-utérine constituée à la suite de la rupture d'une trompe gravide, l'intervention opératoire devient discutable, car la très grande majorité des hématocèles guérissent à la longue en se résorbant. Il ne faudrait intervenir que dans les cas où la tumeur sanguine reste stationnaire plusieurs semaines après la cessation des phénomènes aigus. *Observation :* Femme de 25 ans, hématocèle rétro-utérine survenue au cours du troisième mois d'une grossesse ; l'épanchement sanguin qui atteint primitivement l'ombilic se résorbe dans l'espace de cinq mois, mais à mesure que cette tumeur diminue on constate de plus en plus nettement le développement d'un kyste de l'ovaire gauche, et la persistance d'une tumeur de la trompe droite. La laparotomie, exécutée neuf mois après le début de l'hématocèle, a confirmé le diagnostic ; le kyste fut enlevé ainsi que la trompe droite grosse comme un poing, — elle contenait l'embryon et des caillots sanguins en voie de résorption. L'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas était résorbé, et la trompe s'y trouvait fixée par de fortes adhérences.

S.-N. Agafonoff a traité par l'expectation trois cas de rupture de la trompe gravide, dont deux chez la même malade ; les trois cas ont guéri.

A.-J. Zamchine a opéré avec succès une hématocèle qui avait pris la forme d'un kyste.

Professeur N.-N. Fénoménoff. — La voie abdominale est toujours préférable à la voie vaginale pour l'opération d'une hématocèle, car cette dernière ne permet pas dans tous les cas d'enlever la trompe malade.

---

(1) *Vratch*, n° 1, 1894.

J.-M. LWOFF a observé sept cas de grossesses extra-utérines ; les uns, traités par l'expectation, guérirent, et l'une des malades accoucha quelque temps après ; dans les autres cas les hémorragies répétées nécessitèrent la laparotomie ; l'embryon fut trouvé vivant une fois.

Professeur A.-J. LEBEDEFF. — Lorsqu'il y a plus de deux heures que la rupture s'est produite, on peut espérer que la malade résistera à l'hémorrhagie ; il ne faut donc pas dans ces conditions la soumettre à une laparotomie hâtive avec une installation insuffisante, ainsi que le cas pourrait se présenter en dehors de l'hôpital.

Professeur REIN. — La mort peut fort bien survenir six, sept, huit heures après la rupture de la trompe gravide ; le nombre des partisans de l'intervention chirurgicale ira certainement en augmentant, à mesure que les faits s'accumuleront.

V.-A. EVMENIEFF. **De la valeur du traitement mécanique manuel des maladies des femmes dans la pratique rurale.** — Le massage gynécologique se pratique empiriquement depuis fort longtemps, mais les matrones de village l'appliquent naturellement souvent à tort ; l'auteur a obtenu des résultats très satisfaisants par le massage de Brandt, dans un grand nombre d'inflammations chroniques péri et para-utérines ; les prolapsus et les déviations ont été améliorés, mais non guéris ; il faut d'ailleurs remarquer que l'auteur n'a pas appliqué le massage de Brandt d'une manière suffisamment complète. En tout cas cette méthode, très bien acceptée par les paysannes, est d'une grande ressource.

D. ORLOFF. **Du curettage de la muqueuse utérine dans les fibromyômes.** — L'auteur relate dix cas de curettage faits dans la clinique du professeur Lebédeff, pour combattre les métrorrhagies causées par les fibro-myômes ; le point de départ des hémorrhagies etant la muqueuse fongueuse, sa destruction à l'aide de la curette, suivie d'une injection de teinture d'iode, n'a pas manqué de donner de bons résultats ; la tumeur diminue, la cavité utérine se rétrécit, les métrorrhagies sont remplacées par des règles normales. Chez les malades affaiblies par les pertes de sang, c'est une opération préliminaire qui permettra de pratiquer dans de bonnes conditions l'hystérectomie ; chez les malades âgées, le

curettage répété pourra laisser atteindre la ménopause sans danger.

J.-M. LVOFF a pratiqué 15 curettages dans ces conditions, avec bon résultat au point de vue des hémorrhagies. Il n'a jamais observé de diminution de la tumeur.

GORDON (de la clinique du professeur Lebedeff). **De l'ovariotomie dans la grossesse.** — L'auteur a dressé une statistique comprenant 204 ovariotomies; dans 21 cas l'issue de la grossesse est inconnue, mais les femmes sont guéries; 7 fois l'utérus a été blessé, et de ces sept cas 2 se sont terminés par la mort. En excluant les 28 cas précédents, on trouve 176 opérées, 164 guérisons, 12 décès, 122 accouchements à terme et 49 avortements. Les deuxième, troisième et quatrième mois sont les plus favorables pour la mère; les troisième et quatrième mois pour l'enfant; 12 ovariotomies bilatérales ont été suivies de guérison avec 7 accouchements à terme; il y aurait eu, en Russie, 28 opérations, avec 3 issues mortelles.

Plusieurs membres du congrès font observer que la statistique est incomplète pour la Russie; ainsi le professeur Rein a fait, dans le cours de la grossesse, 9 ovariotomies avec 8 accouchements à terme et sans aucun décès.

V.-J. MILLER. **Des parasites du cancer de l'utérus.** — Le travail est basé sur l'examen de vingt et un cas de cancer; dans un épithélioma cylindrique du col, on pouvait voir plusieurs espèces de formations particulières : 1° des corps de forme et de dimensions variables, contenus dans l'intérieur de quelques cellules cancéreuses dont on ne voit pas ou à peine le noyau, se colorant en rouge brun par le picro-carmin : ces corps pourraient être des protozoaires ; une fois, l'auteur a trouvé autour d'un de ces corpuscules une série de petits points très réfringents, gros comme des gonocoques : des spores probablement; 2° des vésicules ou kystes situés en dehors des cellules, du volume d'une hématie ou cinq ou six fois plus gros : microkystes et macrokystes certainement parasitaires; 3° des cellules cancéreuses à protoplasma homogène, à noyau aplati et repoussé vers la périphérie par un corps étranger; ce dernier est une masse de protoplasma contenant un ou plusieurs corpuscules colorés en rouge brun par le picro-carmin : on dirait une cellule cancéreuse en contenant une

autre habitée par un parasite. L'auteur a trouvé l'apparence décrite la dernière dans tous les cas examinés sauf un ; les kystes dans trois autres cas ; et l'aspect décrit en premier lieu ne s'est plus reproduit dans les vingt autres cancers. L'auteur conclut en observant qu'il est possible d'interpréter ces diverses formations, sauf les kystes, comme des phases de la dégénération cellulaire.

Section de chirurgie (1).

Professeur D.-O. OTT. **De l'amputation sus-vaginale de l'utérus fibromyomateux, par un procédé simplifié.** — Après l'ouverture du péritoine on fait la ligature des annexes de l'utérus en posant trois fils de chaque côté ; ces ligatures intéressent un peu la substance même de l'utérus, de manière à comprimer les plus gros vaisseaux ; l'amputation faite, on traverse toute l'épaisseur du moignon d'avant en arrière, de chaque côté du canal cervical, et on fait ainsi deux ligatures sur le col, sans constriction du canal cervical ; celui-ci a été préalablement désinfecté au sublimé, nettoyé à l'aide de la curette tranchante, et finalement cautérisé à l'aide du thermocautère. On introduit enfin une mèche de gaze iodoformée dans le canal cervical, on la coupe au ras du moignon, tandis que l'autre extrémité arrive dans le vagin au contact d'un tampon iodoformé. On termine en traitant le moignon comme un pédicule de kyste, on le rentre dans la cavité pelvienne et on suture la plaie abdominale. Le procédé décrit a paru facile et rapide, et a donné de bons résultats ; la mortalité, de 22,4 p. 100, est tombée à 3,4 p. 100 ; il met bien à l'abri des hémorrhagies primitives et secondaires, ainsi que de l'infection et de l'auto-infection.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (2)

Séance du 30 décembre 1893.

V.-N. MASSEN. **De la pathogénie de l'éclampsie.** — Dans une communication antérieure sur le même sujet, l'auteur était arrivé

(1) *Vratch*, n° 3, 1894.
(2) *Vratch*, n° 2, 1894.

à ces conclusions : 1) les altérations principales se trouvent dans le foie ; elles existent, moins accusées, dans les reins et les autres parenchymes ; 2) la cause de l'éclampsie se trouve probablement dans un trouble profond des oxydations; les leucomaïnes ainsi produites seraient les agents provocateurs des convulsions. Les résultats de l'analyse des urines dans plusieurs cas d'éclampsie confirment les propositions de l'auteur. L'albuminurie a été constatée dans tous les cas avec leucocytes et cylindres, mais aussitôt après la cessation de l'éclampsie l'albuminurie diminue et les cylindres disparaissent. L'urée est notablement diminuée, jusqu'à 5,19 p. 1,000 et 7,5 p. 1,000 dans deux observations ; dans deux cas l'urée était excrétée dans une proportion dépassant la normale pendant les attaques, mais elle tomba beaucoup au-dessous après l'éclampsie. L'acide urique par contre est augmenté dans tous les cas; le chlorure de sodium est toujours diminué. L'acide phosphorique très diminué dans 8 cas, normal dans 2 cas, augmenté légèrement 1 fois; l'acide sulfurique se trouvait en quantité normale. Les leucomaïnes étaient toujours augmentées, de deux à treize fois plus abondantes qu'à l'état normal. Aussitôt après la cessation des attaques, les produits excrétés tendent à revenir à la normale. Ainsi les combustions incomplètes, le chimisme profondément troublé, sont la cause de l'éclampsie; le foie primitivement atteint est le point de départ du mal, les reins le sont secondairement, et l'auto-intoxication qui résulte de toutes ces causes ainsi que des fermentations putrides dans l'intestin (toujours augmentées), provoque les convulsions.

A.-R. KIMCHA. **Présentation de malades et de pièces anatomiques de l'hôpital Oboukhoff.** — *Trompe droite gravide de* 2 mois et demi ; l'extrémité abdominale a le volume d'une poire et porte une déchirure large comme un franc; l'embryon mesure 7 centim. La malade a été opérée d'urgence, la nuit, presque exsangue, douze heures après la rupture de la poche ; le sang liquide et les caillots remplissaient tout le ventre et il n'y avait aucune adhérence. L'opérée mourut le troisième jour de péritonite.

Trompe gauche gravide de 2 mois et demi; l'aspect est le même que dans le premier cas, l'embryon mesure 5 centim. et demi. Le sac porte deux petites déchirures et une grande. La malade, opérée neuf heures après la rupture, extrêmement anémiée, gué-

rit sans accidents, quoique l'opération ait eu lieu dans des conditions aussi défectueuses que la première.

Tumeur d'apparence kystique de 20 centim. sur 9,13 centim. de large ; son pédicule se continuait directement avec le méso-salpinx droit, lequel contenait l'ovaire et la trompe normaux ; non loin du pédicule venait se fixer à la tumeur l'appendice vermiculaire. C'est une tumeur maligne, kystique, cancéreuse, mais le tissu primitif n'a pu encore être retrouvé et le point de départ de la tumeur est inconnu.

Une malade atteinte de fistules vésico-vaginale et recto-vaginale. — Femme de 26 ans, malade depuis un premier accouchement à 21 ans. L'accouchement avait duré cinq jours, et l'accouchée n'a pu se lever qu'au bout de *deux ans*, après l'évacuation par le rectum d'une grande quantité de sang noir et fétide. Cette débâcle avait fait disparaître une tumeur dans le bas-ventre. Depuis trois ans, un écoulement de sang noir se fait ainsi par le rectum de temps en temps, mais il n'y a jamais eu de règles normales. Voici dans quel état se trouvent les organes : le col de la vessie et l'urèthre sont presque complètement détruits, la vessie adhère à la paroi postérieure du vagin, de sorte que ce dernier se continue directement avec la muqueuse vésicale prolabée. D'un autre côté le rectum communique par un petit orifice avec la partie supérieure du vagin, et le col utérin est tourné vers cet orifice. C'est ainsi que, la malade étant arrivée à l'hôpital avec tous les signes d'un hématomètre, on put par le rectum détruire une petite adhérence et laisser écouler le contenu de l'utérus.

A.-A. DRANITZIN (de la clinique du professeur Ott). *a*) **Un kyste multiloculaire**, enlevé au cinquième mois de la grossesse, qui n'a pas été interrompue. *b*) **Un utérus fibromyomateux**, volumineux, enlevé par la voie vaginale en laissant les ovaires *c*) **Deux hystérectomies** par la méthode du professeur Ott ; les ovaires kystiques ont été enlevés. Toutes ces malades ont guéri.

Le professeur ZAMCHINE présente **un utérus** enlevé par voie vaginale, pour **un cancroïde du col**. Malade guérie.

N.-J. RATCHINSKI (de la clinique du professeur Ott), présente : 1° une malade chez laquelle l'**utérus cancéreux a été enlevé il y a**

8 ans et demi; il n'y a pas de récidive. A ce propos, les professeurs Reïn, Fénoménoff, Ott et le Dr Olénine citent un certain nombre de cas semblables; leurs opérées ne présentent pas de récidive au bout de 4-5-7-8 ans; 2° une femme qui a subi **la symphyséotomie** il y a dix mois; elle marche parfaitement et se porte tout à fait bien.

S.-F. VIRIDARSKI. **Un cas de symphyséotomie** faite par le professeur Ott. — Femme de 25 ans, sourde-muette, rachitique; grossesse à terme, travail inefficace depuis quatre jours, pas d'engagement. Diamètre conjugué oblique 9 centim. à 9,25, exostose au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. La symphyséotomie donna aussitôt un écartement de deux centim.; pendant l'application du forceps et l'extraction très pénible de la tête, l'écartement alla jusqu'à 5 centim. Il se fit une déchirure considérable de la paroi antérieure du vagin, causant une hémorrhagie abondante, arrêtée par la suture de la plaie. Des fils de suture furent ensuite posés sur l'incision des parties molles, et un solide fil de soie passé par les branches du pubis; mais lorsqu'après avoir noué les sutures des parties molles, on se mit en devoir de serrer la suture osseuse, on ne réussit pas à appliquer les surfaces osseuses sans interposition de parties molles voisines, aussi le fil de soie fut-il supprimé, et la malade fut placée dans l'appareil du professeur Ott. L'opérée eut de la fièvre pendant quelque temps; au bout de 26 jours, la palpation permit de reconnaître l'existence d'une réunion solide de la symphyse, la malade étant toujours dans son appareil. L'enfant retiré en état d'asphyxie, mourut le lendemain.

E.-B. DIMANT (de la clinique du professeur Ott). **Recherches expérimentales sur les dimensions du bassin après la symphyséotomie.** — L'auteur a étudié des bassins de femmes mortes après l'accouchement et en dehors de la grossesse, des bassins isolés du corps et d'autres laissés en place. En écartant les os iliaques après la section de la symphyse, il a pu établir qu'un écartement de 4 à 5 centim. provoquait la rupture du ligament capsulaire de l'articulation sacro-iliaque d'un côté. Chez les femmes mortes après l'accouchement, la rupture ne survient qu'avec un écartement de 7 centim. Les os ne s'écartent pas symétriquement et la symphyse d'un côté se place au-dessous et en avant de l'autre.

Le diamètre droit gagne environ 1 centim. et demi avec un écartement de 6 centim ; le transverse augmente le plus, les obliques sont à ce point de vue intermédiaires : 1,7 à 2,9 centim.

Au cours de la discussion à propos de cette communication, on fait observer à M. Dimant que les conditions dans lesquelles il s'est placé s'écartent trop des conditions cliniques et ne donnent pas de résultats appréciables.

M. M. MIRONOFF. — La symphyséotomie est une opération fort peu brillante ; elle donne presque toujours des lésions sérieuses des parties molles, la période post-opératoire devient souvent fébrile, la consolidation du bassin est loin d'être constante et quelquefois la dislocation est complète. Aussi les derniers congrès ont montré que plus d'un partisan de cette opération l'abandonne (1). Léopold par exemple dit qu'avec un bassin de 9 centim. la version peut amener des enfants de 4,000 gr., ce qu'on oublie trop souvent.

N. N. FÉNOMÉNOFF croit que la symphyséotomie est destinée à rester, qu'il s'agit de déterminer avec soin ses indications ; elle ne doit être pratiquée que sur des bassins de 8 centim., car l'écartement ne doit pas dépasser 6 centim. pour ne pas léser les articulations.

Séance du 24 *mars* 1894 (2).

N. J. RATCHINSKI (de la clinique du professeur Ott) présente deux **utérus fibromyomateux** amputés par la méthode sus-vaginale et deux utérus enlevés par la voie vaginale, atteints de cancroïdes du col.

S. K. MASOURKIÉVITCH (de l'Institut d'accouchement) présente **deux utérus** enlevés par la voie vaginale ; l'un est fibromateux, l'autre présente en même temps des corps fibreux et un cancroïde.

V. N. MASSEN. **Un cas de myxosarcome colloïde congénital.** — Femme bien portante, se trouve à la maternité de Gavan pour un sixième accouchement ; le fœtus vient facilement en occipito-sacrée jusqu'à l'ombilic ; l'anesthésie, le dégagement des pieds et

(1) Il est évident que M. Mironoff n'est pas du tout au courant de la question. — H. Varnier.

(2) *Vratch*, n° 13, 1894.

des tractions énergiques sont nécessaires pour amener le bassin; chaque région fessière est le siège d'une tumeur, la droite a le volume de deux poings, la gauche est une fois et demie moins grande; la circonférence des deux ensemble mesure 40 centim. L'enfant mourut bientôt. On trouva les tumeurs logées entre les muscles fessiers, isolées par une capsule; l'examen histologique conclut au myxosarcome; la tumeur gauche en dégénérescence colloïde.

I. I. STARVINSKI rappelle qu'il a présenté une tumeur pareille il y a quatre ans; dans son cas elle était pédiculée et tout entière colloïde.

A. J. KRASSOVSKI a observé il y a fort longtemps une tumeur très volumineuse fessière, qui entravait l'accouchement; l'enfant se présentant par les pieds, on en attira un au dehors, mais il fut impossible de terminer ainsi l'accouchement et la pratique de ce temps n'admettant pas le sacrifice de l'enfant au profit de la mère, la parturiente fut abandonnée à elle-même pour quelque temps; bientôt on vit le pied rentrer dans l'utérus et quelque temps après l'accouchement se terminer spontanément. C'est évidemment la descente de la tumeur qui avait attiré le pied dans la cavité.

G. P. SEREGNIKOFF. **Du diagnostic différentiel de l'échinocoque et des autres formations kystiques dans la sphère génitale.** — Femme affaiblie, amaigrie, présentant dans le ventre une tumeur à accroissement rapide, sans troubles de la menstruation; l'utérus est repoussé en avant, en haut et à droite; la tumeur, du volume d'un utérus gravide de 8 mois, est lobée; un des lobes plonge profondément dans le cul-de-sac de Douglas, les autres occupent les flancs; les secousses rapides provoquent un frémissement qui est bien celui que l'on considère comme hydatique; trois ponctions exploratrices donnent un liquide dépourvu de crochets et de membranes, de réaction neutre et deux fois contenant de l'albumine, une fois des traces d'acide succinique. Le diagnostic du professeur Ott fut: kyste multiloculaire, plus probable que kyste hydatique. La laparotomie permit en effet d'extraire un kyste lobé et multiloculaire, développé selon toute apparence aux dépens du canal de Müller, car les annexes étaient normales.

Séance du 21 *avril* 1894 (1).

N. J. RATCHINSKI. **Le pseudo-myxome du péritoine.** — Femme de 60 ans, portant une tumeur dans le ventre depuis huit ans, en mauvais état général; le diagnostic ne pouvant pas être établi par l'examen seul, on fait une ponction qui donne un liquide épais, gélatineux. La malade refuse l'opération cette fois, mais au bout de dix mois elle revient, cachectique, dyspnéique, le cœur très affaibli, les membres inférieurs œdématiés. On fait dès le lendemain une incision sur la ligne médiane, sus-ombilicale (à l'aide de la cocaïne, la malade restant assise) et on voit s'écouler deux seaux de liquide, pesant environ 30 kilogr. L'incision fut recousue, la malade succomba quarante-huit heures plus tard par suite de l'affaiblissement du cœur. Le liquide retiré était jaune brunâtre, filant, épais ; à l'autopsie, on en trouva encore dans le petit bassin, qui est rempli de kystes multiloculaires et pédiculés des deux ovaires ; ces kystes contiennent la même masse gélatineuse. Quant au péritoine, adhérent à tous les organes, épaissi, fibreux, il est bien enduit de la masse filante, mais non pas lui-même en dégénérescence myxomateuse.

L'auteur pense, avec Werth et Donat, que beaucoup de cas décrits comme étant des myxomes du péritoine, sont comme celui-ci des cas de péritonite adhésive provoquée par la rupture d'un kyste muqueux dans le péritoine. Ce n'est donc pas une néoformation maligne et la cachexie constamment observée, l'issue presque toujours fatale des opérations (11 morts sur 12 cas réunis par l'auteur) sont dues aux troubles dans le fonctionnement des organes adhérents entre eux et à l'intervention tardive.

V. N. MASSEN. **Que peut donner la version podalique préventive?** — De 1889 à 1894 il y a eu 2,061 accouchements à la maternité de Gavan ; la version préventive a été faite 16 fois ; 3 fois le bassin rétréci avait un diamètre oblique conjugué de 10,4 centim. ; 9 fois de 10,5 à 9 centim. ; 3 fois de 9 à 7 centim. ; 14 enfants furent amenés vivants, 2 cependant vinrent en état d'asphyxie, et moururent bientôt; une fois les battements du cœur avaient cessé avant l'intervention. 10 femmes eurent des suites de couches normales, 1 femme eut une élévation thermique, 2 femmes eurent

(1) *Vratch*, n° 18, 1894.

deux accès de fièvre et 2 autres en eurent davantage, mais toutes les femmes sortirent guéries ; dans 4 cas la version avait été faite l'œuf étant entier, dans les autres les membranes étaient rompues depuis un temps variable ; l'extraction causa deux déchirures du périnée au deuxième degré, une déchirure au premier degré et un éclatement de la peau du périnée.

Dans la *discussion* qui suit, MM. CHTOLZ, ZAMCHINE, FICHER, DIMANT, le professeur OTT se prononcent contre la version ; l'expectation donne d'aussi beaux résultats dans les bassins peu rétrécis, la symphyséotomie permet d'éviter la basiotripsie ; la version préventive dans les conditions dans lesquelles l'auteur l'applique est à rejeter.

A. A. DRANITZIN présente : 1) **un utérus myomateux** amputé par la méthode sus-vaginale ; 2) **un utérus atteint de cancroïde du col**, hystérectomie vaginale ; 3) **un kyste dermoïde biloculaire**, à paroi calcifiée, à pédicule tordu et dégénéré.

V. N. MASSEN présente l'**appareil génital d'une femme de 26 ans, morte d'un cancer** ; les ovaires mesurent 7 centim. 3 et 7,5/3,5 et cette hypertrophie est due uniquement à la prolifération du tissu propre de l'ovaire ; le nombre des crises est très diminué.

Professeur D. O. OTT présente **deux utérus myomateux** énormes, enlevés par la voie abdominale ; l'une des opérées mourut deux jours après l'opération de collapsus cardiaque ; elle avait été opérée dans un état d'anémie profonde et l'autopsie fit reconnaître un cœur gras.

L'autre opérée avait présenté un fibro-myôme énorme, enclavé dans le bassin, extrêmement vascularisé ; l'opération dura deux heures. La malade fut très bien durant seize jours, le dix-septième elle fut emportée subitement par une embolie pulmonaire.

Séance du 12 *mai* 1894 (1).

J.-J. RATCHINSKI (de la clinique du professeur Ott) présente diverses pièces anatomiques : 1° **Un utérus enlevé par la voie vaginale pour un cancroïde du col** ; 2° **deux utérus myomateux** amputés par voie abdominale sans ligature élastique du col et sans suture du péritoine au-dessus du moignon ; l'une des malades est guérie,

(1) *Vratch*, n° 21, 1894.

l'opération de l'autre est trop récente ; 3° **un kyste dermoïde de l'ovaire**, contenant de la graisse, des cheveux, une dent et une masse adhérente à la paroi ; cette masse est recouverte de peau et de poils, présente deux appendices qui rappellent les membres inférieurs ; l'un des orteils porte un ongle ; le corps contient une sorte de squelette dans lequel on reconnaît les os du bassin et d'autres moins reconnaissables ; 4° des préparations microscopiques d'un **pseudo-myxome du péritoine**, pareil à celui que l'auteur a présenté à la séance précédente.

La malade a été opérée deux mois et demi après un accouchement pendant lequel le kyste colloïde de l'ovaire a dû se rompre. Le ventre a été trouvé rempli de matière colloïde, mais les préparations du péritoine montrent indubitablement que la séreuse n'est point dégénérée et présente une inflammation de réaction contre la substance irritante. Aussitôt après la laparotomie la température, qui oscillait entre 38° et 39° depuis longtemps, redevint normale, et l'opérée se rétablit complètement, malgré son grand épuisement antérieur.

A.-A. DRANITZIN. **Un cas de malformation de l'urèthre.** — Une enfant de 9 ans est amenée à la clinique à cause de l'incontinence totale de l'urine qu'elle présente depuis son enfance. On constate une malformation congénitale qui consiste en une fente médiane de la vulve au-dessus de l'urèthre et de ce canal lui-même qui n'est représenté que par un pont unissant les petites lèvres au-dessous d'un méat s'ouvrant dans la vessie presque sans canal. Les bords de ce pont et de la fente médiane sont avivés et suturés sur deux plans ; réunion par première intention ; les sutures sont enlevées le sixième jour.

L'enfant n'a plus d'incontinence diurne ; au bout de seize jours, l'incontinence nocturne devient également rare, et cet état satisfaisant persiste.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE MOSCOU (1)

Séance du 19 *janvier* 1894.

N.-A. GIVOPISTSEW. **L'influence de l'accouchement et de la période post-puerpérale sur les fibromes de l'utérus.** — Femme de 29 ans,

(1) *Vratch*, n° 6, 1894.

primipare ; l'accouchement, terminé par le forceps, a été suivi aussitôt de fièvre et de douleurs dans le ventre, et la malade entre à l'hôpital Paul I au bout de trois semaines, dans un état d'infection puerpérale grave ; l'utérus est plein de pus et contient un fibrome en putréfaction ; une grande collection purulente s'est formée au contact de l'utérus du côté du fibrome ; cette collection est ouverte douze jours plus tard, sa cavité est trouvée en communication avec la cavité utérine, laquelle expulse un fibrome trois jours après l'incision de l'abcès. La malade se rétablit promptement. Avant et après l'ouverture de l'abcès, le traitement n'avait consisté qu'en lavages antiseptiques répétés.

A.-A. MOURATOW a vu deux fibromes, l'un trois semaines, l'autre cinq semaines après l'accouchement ; dans les deux cas il y avait de la fièvre ; chez l'une des malades la tumeur s'était mortifiée et fut enlevée à l'aide de la curette ; chez l'autre elle était pédiculée et put être enlevée entière.

L.-N. VARNEK. — Chez une de ses malades, fébricitante, on constatait six semaines après un accouchement prématuré l'existence d'une tumeur fluctuante ; on pratiqua la laparotomie et on reconnut qu'il s'agissait d'un fibrome ramolli du fond de l'utérus ; dans un autre cas un fibrome du volume d'un poing fut diagnostiqué pendant le travail ; après l'accouchement normal cette tumeur rétrocéda.

G.-A. SOLOVIEFF. **De la fièvre intermittente pendant la grossesse et le post-partum.** — OBS. I : Au cours du dernier mois de la grossesse, une femme est prise de violents accès de fièvre palustre accompagnés de douleurs dans les reins et dans le ventre ; la rate est trouvée très augmentée de volume ; la maladie fut coupée par la quinine, et l'aocouchement se fit normalement. — OBS. II : Chez une autre malade les accès survinrent quinze jours après un accouchement normal ; la guérison fut obtenue par la quinine. — OBS. 3 : Une troisième malade présenta au quatrième mois de la grossesse des accès intermittents de diarrhée et de douleurs dans le ventre, sans fièvre ; le traitement diabétique ne donnant pas de résultats, on eut recours à la quinine parce que la malade avait eu autrefois des accès de fièvre ; la guérison fut complète ; dans ce cas la quinine avait été associée à l'opium par crainte de l'avortement, et le traitement arsenical combattit efficacement l'anémie pernicieuse.

Séance du 23 *mars* 1894 (1).

G.-F. MATVÉEFF. **Utérus double gravide avec vagin double.** — Femme de 23 ans, primipare, en travail au commencement du neuvième mois; le vagin est complètement divisé en deux parties inégales par une cloison antéro-postérieure que l'on voit se prolonger dans la cavité cervicale; les deux membranes hyménales sont déchirées. Pendant l'accouchement la cloison vaginale se déchira, mais sans donner lieu à une hémorrhagie grâce à la compression exercée par la tête; le placenta vint spontanément, mais les membranes restèrent dans l'utérus et on en fit l'extraction man elle; on put constater ainsi que l'utérus était cloisonné, la partie gauche ayant contenu l'œuf. Deux jours après l'accouchement la moitié droite de l'utérus expulsa sa caduque; le dix neuvième jour, la mère et l'enfant quittèrent le service en bon état; le poids de l'enfant avait été de 1,500 grammes.

Dr N. Z. IVANOFF a vu à Pétersbourg un utérus double; un organe était en antéversion, l'autre en rétroversion; l'un des deux était gravide.

N.-Z. IVANOFF. **Ablation d'une glande de Bartholin kystique.** — Femme de 25 ans, entrée à la clinique du professeur Sneguireff, pour une tumeur de la grande lèvre gauche, grosse comme un œuf, occupant le tiers inférieur de la lèvre; cette tumeur est énucléée et la plaie guérit par première intention. Cette tumeur possède une trame conjonctive et des alvéoles tapissés par un épithélium stratifié, les uns vides, les autres contenant du mucus, il s'agit évidemment d'une tumeur glandulaire; cinq mois avant cette opération la malade avait déjà été opérée par le professeur Warnek pour une tumeur de la grande lèvre, reconnue à l'examen microscopique pour un sarcome.

Séance du 27 *avril* 1894 (2).

Dr FAFIUS. **Un sarcome de l'utérus simulant un hématomètre.** — Femme de 56 ans, malade depuis cinq mois, se plaint de douleurs pong tives et revenant par accès dans le bas-ventre et d'une tumeur dans le ventre; les règles sont arrêtées depuis cinq ans;

(1) *Vratch*, n° 16, 1894.

(2) *Vratch*, n° 18, 1894.

la femme a eu huit enfants. On reconnaît l'existence d'une tumeur pareille à un utérus gravide de sept mois; les culs-de-sac sont effacés, le col et son orifice n'existent pas ou se trouvent remplacés par une tumeur dure, lisse, ronde, non fluctuante, sauf en un point au-dessous de la symphyse. La malade ayant eu une leucorrhée abondante arrêtée depuis cinq mois, on suppose une accumulation du mucus dans l'utérus oblitéré, et on ouvre la cavité à l'aide d'un trocard enfoncé dans le point fluctuant, il s'écoule un liquide sanguinolent et des caillots fibrineux ; on en enlève une grande quantité avec la curette mousse après avoir agrandi l'orifice. Cet orifice est ensuite tamponné et on fait par là des lavages utérins tous les deux jours ; l'exploration avec le doigt fait reconnaître des excroissances mamelonnées; l'examen histologique de l'une d'elles montra qu'il s'agissait d'un sarcome très vasculaire. La tumeur ayant diminué d'un tiers après cette intervention, la malade quitta l'hôpital. L'opération radicale était contre-indiquée par le peu de mobilité de la tumeur et par l'état athéromateux du système vasculaire de la malade. M. NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH.

REVUE ANALYTIQUE

CANCER DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse et pendant l'accouchement (Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei der Geburt). THEIHALBER, *Arch. f. Gyn.*, 1894, Bd. 47, Hft. 1.

L'auteur a relevé tous les cas de cancer de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, qu'il a trouvés dans la littérature médicale, de 1873 (époque à laquelle parut le travail statistique important de Cohnstein (1) sur le même sujet) jusqu'en 1893. Il les a rassemblés, dans un tableau synoptique, au nombre de 165. L'analyse de ces observations va lui permettre d'essayer de déterminer la meilleure conduite à suivre en de telles complications.

Mais, tout d'abord, il relate deux faits qu'il a observés :

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. V, Hft. 2.

1) X..., 36 ans, pâle, amaigrie, VIpare. Grossesse actuelle à 5 mois et demi environ. Depuis quatre mois, hémorragies génitales assez abondantes. Portion vaginale transformée, dans ses quatre cinquièmes environ, en une masse en chou-fleur. Portion supra-vaginale indemne, semble-t-il. De même, paramétrium, voûte vaginale, et peut-être une faible portion de la paroi vaginale postérieure. Enfant en présentation du sommet, première position. *Traitement adopté:* Accouchement prématuré artificiel, et hystérectomie vaginale totale durant les suites de couches. — L'hystérectomie fut faite le vingtième jour après l'accouchement. Elle fut aisée en raison de la laxité que l'accouchement avait laissée aux organes (vagin, appareil de contention de l'utérus). Suites opératoires compliquées de fièvre pendant les huit premiers jours. Néanmoins, la femme, rétablie, retournait chez elle quinze jours après avoir subi l'hystérectomie (4 août 1893). L'auteur ajoute : « J'ai revu la femme, il y a quelques semaines. Elle se plaint d'un peu d'écoulement. Mais elle s'est très bien remise, elle a augmenté de 11 livres, et peut travailler. La cicatrice dans les culs-de sac paraît épaissie. Probablement, début de récidive ».

A juger d'après la date de publication de ce travail, il semble qu'il se soit écoulé dix mois, environ, depuis l'opération jusqu'à ce nouvel examen.

2) A..., 38 ans, à 7 mois environ de grossesse. Depuis trois mois douleurs dans le ventre ; depuis quelques semaines hémorragies assez abondantes. Cancer avancé de la portion vaginale, avec extension à la paroi antérieure de l'utérus, aux culs-de-sac vaginaux surtout à droite. Début spontané du travail. Enfant en présentation du siège. Effacement du col laborieux, pénible. L'enfant ayant succombé, et le col admettant deux doigts, on procéda à l'extraction qui réussit jusqu'à la tête. Mais, à ce moment, il fallut faire la perforation et l'excérébration par le canal rachidien. Préalablement, on avait avec les doigts et la curette enlevé une quantité notable du tissu néoplasique. Suites de couches compliquées (fièvre, écoulement fétide). Pourtant, la femme se remit de ces accidents, put retourner chez elle, mais elle succomba, au bout d'une année environ, aux progrès du cancer.

Suit le tableau synoptique.

Theihalber groupe ensuite les observations d'après le mode de traitement choisi.

I. — Curettage pendant la grossesse

1. Benicke. Accouchement à terme. Enfant vit. Récidive.
2. — Accouchement prématuré, spontané, après l'intervention. L'enfant succombe après quelques jours. Récidive.
3. Stratz. Avortement consécutif au curettage.
4. Felsenreich. Consécutivement, accouchement prématuré ; immédiatement après, amputation de la portion vaginale.

II. — AMPUTATION INTRA-VAGINALE PENDANT LA GROSSESSE

A. — *Sans interruption de la grossesse.*

1. Savory. Accouchement spontané, plus tard nouvelle grossesse, de nouveau accouchement spontané.
2. Godson. Opération avec l'écraseur à 7 mois, accouchement spontané à 9 mois. L'enfant vit.
3. Felsenreich. Amputation à 4 mois. Enfant vit. Mère meurt le dix-neuvième jour.
4. Helbig. Amputation de la lèvre postérieure au cinquième mois.
5. Schröder. Amputation de la portion au sixième mois, accouchement spontané.
6. Mohr. Excision cunéiforme, accouchement spontané. Enfant vit. Mère saine.
7. Galabin. Amputation avec l'anse galvano-caustique; accouchement spontané à terme. Enfant vit. Mère vit.
8. Munde. Amputation avec l'anse galvano-caustique; accouchement spontané.

B. — *Avec interruption consécutive de la grossesse.*

1. Benicke. Mère d'abord bien portante. Peu après, avortement.
2. Helbig. Avortement au bout de quelques jours.
3. Bidder. Avortement après 14 jours; récidive peu après.
4. Olbrich. Amputation de la lèvre antérieure, avortement.
5. Ruttledge. Après 11 jours, accouchement prématuré au sixième mois.
6. — Après 3 jours, avortement à 4 mois.
7. Welponer. Avortement post-opératoire à 5 mois, rupture du col, mort.
8. Godson. Amputation avec l'écraseur; après cathétérisme, avortement.
9. Bar. Accouchement prématuré post-opératoire à 7 mois. Enfant mort. Mère morte de péritonite.

III. — AMPUTATION SUS-VAGINALE DURANT LA GROSSESSE

1. Stratz. Cancer de la portion. Lithopédion. D'abord, pas de récidive.
2. — Cancer de la portion. Avortement 4 jours après l'opération. D'abord, pas de récidive.
3. — Cancer cervical. Avortement 4 jours après l'opération. D'abord, pas de récidive.
4. — Cancer de la lèvre antérieure. Amputation supra-vaginale de la lèvre antérieure. Avortement 21 jours après l'opération. D'abord pas de récidive.
5. Drude. Avortement au quatrième mois, 4 jours après l'opération. Septicémie. Guérison. Après un an, femme bien portante.

IV. — Extirpation vaginale totale de l'utérus gravide peu augmenté de volume

1. Olshausen. Guérison.
2. Billroth. Guérison.
3. Taylor. Guérison.
4. Hofmeier (à 3 mois). Guérison.
5. Thiem (à 10 semaines). Guérison.
6. J. Greig-Smith Bristol (à 3 mois). Guérison.
7. Brennecke (à 2 mois). Guérison.
8. — (3 mois). Guérison.
9. Kaltenbach (4 mois). Guérison.
10. Mackenrodt. Guérison.

V. — Extirpation totale (méthode de Freund) de l'utérus gravide peu augmenté de volume

Cittadini (à 3 mois). Complication : enchondrome dans le petit bassin. Guérison.

VI. — Extirpation totale (méthode de Freund) dans la grossesse avancée

1. Spencer Wells. Grossesse à 6 mois. Mère guérie. Après un an, récidive.
2. Zweifel. Grossesse à 6 mois. Mère bien portante.
3. — Mère morte.
4. — Mère morte.
5. Stocker. Grossesse à 6 mois. Mère bien portante.
6. Mackenrodt. Mère bien portante.
7. — Mère morte.
8. — Mère morte.
9. Fritsch. Grossesse à 7 mois. Guérison. Enfant mort.

(Dans aucune de ces observations, il n'est question d'un enfant vivant. D'ailleurs, la plupart du temps, l'opération fut faite l'enfant n'étant pas encore viable.)

VII. — Interruption de la grossesse combinée avec l'extirpation vaginale totale de l'utérus *in puerperio*.

1. Olshausen. Extirpation de l'utérus 14 jours *post partum*. Guérison.
2. Berthod. Accouchement artificiel au moyen d'irrigations chaudes. Présentation transversale. Version combinée. Extirpation 24 jours post partum. Guérison.
3. Theilhaber. Accouchement prématuré au moyen d'irrigations chaudes. Extirpation le vingtième jour des suites de couches. Guérison.

VIII. — Section césarienne *post mortem*.

1. Berthod. Cancer avancé de la portion. Péritonite au septième jour de la grossesse. Opération césarienne après la mort. Enfant mort.

IX. — Avortement spontané

1. Felsenreich. Avortement spontané à 4 mois; 5 semaines après, amputation de la portion vaginale avec l'anse galvano-caustique. Après 3 ans, pas de récidive.
2. Claus. Avortement à 5 mois. Mère renvoyée guérie.
3. Ruttledge. Avortement à 6 mois. Mère renvoyée guérie.
4. Doléris. Avortement à 6 mois. Mère renvoyée guérie.

X. — Accouchement prématuré spontané

1. Bar. Accouchement prématuré à 7 mois. Mère vivante. Enfant né vivant.
2. — Accouchement prématuré à 8 mois. Mère vivante. Enfant vit.
3. Martel. Accouchement prématuré à 8 mois. Mère vit. Enfant vit.
4. Loquet. Accouchement prématuré à 7 mois. Incision. Version. Péritonite puerpérale. Guérison. La femme meurt quelques mois après des suites du cancer.
5. Theilhaber. Accouchement prématuré à 8 mois. Enfant mort. Mère vivante.

XI. — Avortement artificiel *(sans hystérectomie totale ultérieure)*

1. Claus. A 6 mois. 6 jours après, cautérisation avec le Paquelin. Mère guérie.
2. Claus. A 5 mois, pour des hémorragies. Mère guérie.
3. Hermann. En raison d'hémorragies, application de laminaire à 6 mois. Mère guérie.

XII. — Accouchement prématuré artificiel (*sans hystérectomie totale*).

1. Gönner. Accouchement prématuré à la trente-cinquième semaine. Enfant bien portant. Le septième jour des suites de couches, extirpation d'un noyau gros comme une noisette. 3 années après, accouchement normal.
2. Galabin. A 8 mois, pour inaptitude absolue à l'accouchement. Enfant mort. Mort de la mère par pyémie, 6 jours après l'accouchement.

XIII. — Accouchement spontané au terme normal de la grossesse

1. Heinricius. Enfant vivant. Mère survit 16 mois après l'accouchement.

2. Averdam. Accouchement spontané pénible. Enfant mort. Mère meurt du cancer 7 mois après.
3. Perschin. Amputation de la lèvre antérieure post partum. Après 6 mois, hystérectomie vaginale totale pour récidive. Mère bien portante.
4. Stratz. 3 semaines post partum amputation supra-vaginale. Enfant vivant. Mère meurt du cancer 2 mois après.
5. Frommel. Amputation sus-vaginale *post partum*. Mère meurt 7 jours après.
6. Deppische. Mère bien portante. Enfant meurt *intra partum*.
7. Salzmann. Mère bien portante. Enfant meurt *intra partum*.
8. Benicke. Mère bien portante. Enfant mort.
9. Hugenberger. Mère meurt de rupture du col propagée au corps. Enfant vivant.
10. Freudenberg. Mère vivante. Enfant mort.

XIV. — ABLATION DE LA TUMEUR *intra partum* (doigts, curette, écraseur, ciseaux, bistouri, etc.), AU TERME NORMAL DE LA GROSSESSE.

1. Gönner. Forceps. Enfant vivant. Mère vivante, meurt 10 mois après, des progrès du cancer.
2. — Forceps, 2 semaines après, thermo-cautère. Ultérieurement, deux avortements.
3. — Forceps. Enfant vivant. Mère meurt 3 mois après.
4. — Forceps. Enfant vivant. Mère meurt 4 mois et demi après.
5. Frommel. Forceps. Enfant vivant. Mère vivante.
6. Wiener. Enfant vivant. Mère vivante.
7. Benicke. Enfant vivant. Mère vivante. Récidive rapide.
8. Schmitt. Enfant vivant. Mère morte.
9. Ruttledge. Enfant vivant. Mère vivante.
10. Hermann. Forceps. Enfant mort. Mère vivante.

XV. — FORCEPS (*sans manœuvres antérieures*).

1. Loehlein. Enfant bien portant. Hystérectomie vaginale totale 18 jours *post partum*. Mère bien portante.
2. Engström. Mère bien portante. Enfant ?
3. Bileted. Enfant déjà mort. Mère bien portante.
4. Tarnier. Enfant vivant. Mère vivante.
5. Tiefield. — —
6. Watelle. — —
7. Turnbull. — —
8. Hermil. Mère vivante. Enfant meurt après 2 semaines.

XVI. — FORCEPS APRÈS INCISION LATÉRALE

1. Merkel. Mère bien portante. Enfant mort.

2. Fischer. Enfant vivant. Mère meurt 12 heures après.
3. Budin. Mère vivante. Enfant vivant.

XVII. — FORCEPS APRÈS DILATATION (*Dilatateur de Barnes*).

1. Edis. Mère meurt par pyémie. Enfant vivant.

XVIII. — VERSION SANS MANŒUVRES PRÉALABLES, A LA FIN DE LA GROSSESSE

1. Stratz. Enfant mort et macéré. Mère meurt *post partum*.
2. Schmitt. Enfant mort. Mère meurt le huitième jour.
3. Bileted. Mère vivante. Enfant ?
4. Schmitt. Déjà physométrie. Mère morte. Enfant mort.
5. Galabin. Mère vivante. Enfant vivant.

XIX. — PERFORATION.

1. Valenta. Mère morte.
2. Godson. Après version, perforation de la tête dernière. Mère bien portante.
3. Floël. Perforation de l'enfant mort. Hystérectomie vaginale totale *in puerperio*. Guérison.
4. Theilhaber. Perforation de la tête dernière. Guérison.
5. Heilbrunn. Perforation de l'enfant mort. Mère meurt de fièvre puerpérale.
6. Ruttledge. Perforation de la tête dernière. Mère d'abord bien portante.
7. Galabin. Dilatation (méthode de Barnes). Perforation. Céphalotribe. Mère vivante.
8. Ernst. Incisions latérales. Perforation. Version. Mère morte.
9. Welponer. Perforation de la tête dernière. Mère vivante.
10. Galabin. Perforation. Extraction avec la cranioclaste. Mère morte.

XX. — CÉSARIENNE CONSERVATRICE (*Méthode ancienne*).

1. Frommel (op. Schröder). Mère meurt 2 jours après. Enfant vivant en premier lieu.
2. Bechmann (op. Zweifel). Mère meurt de péritonite le troisième jour. Enfant vivant.
3. Schäfer (op. Spiegelberg). Mère meurt d'hémorragie. Enfant vivant.
4. Ruttledge (clinique de Martin). Mère meurt de péritonite. Enfant vivant.
5. Galabin. Mère meurt après 15 heures. Enfant mort. (Accouchement prématuré à 6 mois).
6. Galton. Césarienne sans antisepsie et sans suture. Mère meurt après 3 jours,

7. Marchand. Mère meurt. Enfant vivant.
8. Ehrendofer (op. Spaeth). Mère meurt, 2 enfants bien portants.

XXI. — Césarienne suivant Sanger

1. Teuffel. Enfant vit 15 jours. Mère vivante. Elle meurt 3 semaines après, tuée par des hémorragies d'origine cancéreuse.
2. Porak. Enfant vivant. Mère vivante.
3. Jeannel. Enfant vivant. Mère vivante. (Elle meurt au bout de 10 jours, de cachexie cancéreuse).
4. Lusk. Enfant vivant. Mère vivante. (Mort 2 mois après des suites du cancer).
5. Guéniot. Enfant vivant. Mère?
6. Bogdanik. Enfant vivant. Mère vivante. (Mort 4 jours après par cachexie cancéreuse).
7. Mund. Enfant vivant. Mère vivante.
8. Mendes de Léon. Enfant vivant. Mère meurt le septième jour (de péritonite probablement).
9. Merkel. Enfant vivant. Mère meurt le huitième jour, de péritonite.
10. Klingelhöfer. Enfant vivant. Mère meurt le sixième jour, de péritonite.
11. Salzmann (op. Dohrn). Enfant mort. Mère meurt le deuxième jour, de péritonite.
12. Goodell. Mère bien portante. Enfant vivant.
13. Pawlik. Mère bien portante. Enfant vivant.
14. Mayer (op. Gusserow). Mère meurt le premier jour, d'épuisement.

XXII. — Césarienne suivant Porro

4. Sutugin. Enfant vivant. Mère vivante. Meurt au bout de 42 jours, de marasme.
2. — Enfant vivant. Mère meurt de péritonite au bout de 7 jours.
3. Felsenreich (op. Pritzl). Enfant mort. Mère meurt le septième jour, par putréfaction du pédicule.
4. Claus. (op. Säxinger). Tympanite utérine. Enfant vivant. Mère meurt après 4 jours.
5. Werth. Enfant vivant. Mère vivante.
6. Beaucamp (op. Frank). Mère vivante. Jumeaux : 1 vivant, 1 mort.
7. Sneguireff. Enfant vivant. Mère morte.
8. Krassowsky. Enfant vivant. Mère morte.
9. Murphy. Enfant mort. Mère meurt au troisième jour.
10. Münchmeyer (op. Léopold). Enfant déjà mort. Mère vivante.
11. Léopold. Enfant vivant. Mère vivante.
12. Léopold. Enfant vivant. Mère vivante.

XXIII. — CÉSARIENNE ET EXTIRPATION TOTALE (FREUND) *intra partum.*

1. Gönner (op. Bischoff). Enfant vivant. Mère meurt après 8 heures.
2. Möller (op. Fritsch). Enfant vivant. Mère vivante.
3. Werth. Enfant vivant. Mère vivante. Mort 1 an et demi après, de cancer pleural.
4. Schröder. Mère morte. Enfant vivant.
5. Schröder. Mère morte. Enfant mort.
6. Fochier. Enfant déjà mort. Mère meurt de péritonite.

XXIV. — GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE COMPLIQUÉE DE CANCER

1. Decrosant. Grossesse extra-utérine devenue latente depuis plusieurs années. Cancer.
2. A. Martin. Cancer du col coïncidant avec une grossesse ovarique âgée de 17 ans. Extirpation de l'utérus et du sac fœtal. Guérison.
3. Muret. Avortement tubaire à 1 mois. Cancer de la portion. Hystérectomie totale et ablation des annexes. D'abord guérison. Plus tard, mort par récidive.
4. Stratz. Cancer de la portion. Lithopédion. Amputation sus-vaginale. Guérison.

XXV. — FEMMES MORTES NON ACCOUCHÉES

1. Pfannkach. Mort à la fin de la grossesse, sans apparence de travail.
2. Olbrich. Cancer de l'utérus et du vagin. Mort par pyémie à 6 mois de grossesse.
3. Simpson. Mort à 4 mois de grossesse, des progrès du cancer.
4. Lieven. Après 15 jours d'activité utérine, la femme mourut non accouchée. Rupture de l'utérus, probablement.

Analysant ces observations, l'auteur a noté combien est exceptionnelle, si même elle se rencontre, la coïncidence de la grossesse et du cancer du corps de l'utérus. Puis, il examine en détail les modes de traitement divers auxquels on a eu recours : A) *pendant la grossesse;* B) *au commencement du travail.*

A. — *Pendant la grossesse.*

a) *Curettage.* — Il a été proposé contre les hémorragies et pour rendre l'accouchement plus facile. La seconde raison est mauvaise parce que, dans l'état de gestation, les masses enlevées repoussent rapidement. Quand le cancer est opérable, c'est une opération radicale qu'il faut faire, sans préoccupation de la vie

fœtale. S'il est inopérable, s'appliquer par des tamponnements soigneux à maîtriser les hémorragies et les écoulements. Si l'on échoue, réprimer le néoplasme au moyen du fer rouge ou des caustiques.

b) *Amputation intra-vaginale de la portion vaginale atteinte de cancer.* — On court grand risque de ne pas supprimer tous les tissus dégénérés, et assez souvent l'opération cause l'interruption de la grossesse. Theilhaber ne l'admet que dans les cas *de cancer au début.*

c) *Amputation sus-vaginale du col cancéreux.* — Si, au point de vue de l'affection cancéreuse, cette méthode pourrait donner des chances plus grandes de guérison radicale, elle a l'inconvénient de se compliquer le plus souvent d'interruption de la grossesse, de créer même des difficultés spéciales au cas où, après un avortement, il y aurait indication à enlever des débris de l'œuf, etc. L'auteur la rejette formellement.

d) *Hystérectomie totale de l'utérus gravide peu augmenté de volume.* — Olshausen, Billroth, Taylor, Hofmeier, Thiem, L. Landau, Greigh-Smith, Kaltenbach, Mackenrodt, Brennecke ont pratiqué cette opération, sans évacuation préalable de l'utérus. *Toutes les femmes ont guéri !* De plus, tous les opérateurs s'accordent à reconnaître que l'opération est facile, en raison sans doute de la laxité, de la souplesse plus grande conférée aux tissus par la grossesse. Donc, *quand le cancer est opérable, cette méthode thérapeutique est indiquée dans les premiers mois de la gestation. Au delà de quatre mois, elle devient discutable.*

e) *Hystérectomie abdominale totale (méthode de Freund) de l'utérus gravide.* — Sur 10 femmes, 4 sont mortes. En ce qui concerne la technique opératoire, l'auteur donne la préférence à celle suivie par Zweifel et Stocker : laparotomie, ablation du corps de l'utérus par la voie abdominale, puis extirpation du col par le vagin.

f) *Interruption artificielle de la grossesse, combinée avec l'hystérectomie vaginale totale* in puerperio. — L'auteur se montre partisan résolu de cette méthode qui lui a donné un succès. D'ailleurs, les autres opérateurs en ont obtenu des résultats heureux. *Sur 17 cas d'utërus cancéreux, enlevés par l'hystérectomie vaginale totale pendant la grossesse ou durant les suites de couches, pas une seule mort!*

g) *Interruption artificielle de la grossesse.* — Avec les principes actuels de chirurgie, on ne songera à interrompre la grossesse que comme acheminement pour ainsi dire à l'extirpation totale. Celle-ci étant *a priori* impossible, on laissera aller la grossesse à terme, quitte à pratiquer, alors, la section césarienne.

h) *Opération césarienne pendant la grossesse* — Elle est indiquée toutes les fois qu'il s'agit d'une cancéreuse déjà si épuisée par son affection que sa mort est prochaine, *à condition que l'enfant soit vivant*. On doit même faire la césarienne quand on est appelé auprès d'une femme enceinte, morte de cancer, quand l'utérus est au-dessus de l'ombilic, et qu'il reste quelque espoir, bien qu'il soit en général très faible, de sauver l'enfant.

B. — *Au commencement du travail.*

Quand, non seulement le col, mais les régions environnantes et une grosse partie du bassin sont pleines de tissu cancéreux dur, le mieux est de tout préparer pour l'opération césarienne et d'y procéder peu après le début du travail.

Quand le cancer n'a que très peu affecté les régions voisines, attendre d'abord. En particulier, quand une faible portion de l'orifice externe est restée indemne, capable d'extension, souvent l'accouchement se fait spontanément. Mais, le plus souvent, il est très laborieux. Les dangers de l'expectation sont alors : 1° déchirures possibles du col ; 2° ruptures de l'utérus ; 3° mort de la mère par épuisement ; 4° péritonite, ayant souvent causé la mort pendant l'accouchement.

Il faut donc surveiller soigneusement la parturiente. Dès que certains symptômes annoncent la possibilité de ces complications, recourir aux méthodes de nature à hâter la terminaison de l'accouchement.

a) *Dilatation de l'orifice externe avec les doigts.* — Généralement peu efficace.

b) *Dilatation du col avec la laminaire ou l'éponge préparée.* — Également peu efficace.

c) *Dilatation de l'orifice externe avec le dilatateur de Barnes.* — Procédé peu recommandable.

d) *Incisions sur le col.* — Sur 24 cas ainsi traités, 11 morts (statistique de Bar). C'est donc une intervention grave. D'après

l'auteur, il faut seulement y avoir recours quand, par un autre procédé (curettage, par exemple), le cancer a été en grande partie enlevé, lorsque ce qui reste de l'orifice externe n'est pas trop épais, est extensible, et que la dilatation est faite à un degré tel que les incisions latérales suffisent à permettre l'accouchement par les voies naturelles. Mais, l'intérêt de la mère ou de l'enfant imposant la terminaison rapide de l'accouchement, il faut choisir entre la césarienne ou la dilatation artificielle de l'orifice externe. Quand l'orifice est très étroit, que le néoplasme a entéressé largement les régions voisines, que le danger est imminent : césarienne. Dans le cas contraire : dilatation du col. Et, dans cette seconde éventualité, *extirper d'abord, et autant que possible, la tumeur* (doigts, curette, bistouri, ciseaux, thermo-cautère, anse galvano-caustique). Puis, version ou forceps.

e) *Forceps.* — En tout, 18 cas. 2 femmes mortes, 16 fois suites de couches favorables. Enfants, 13 amenés vivants ; 4 mort-nés, 1 dont l'état ne fut pas noté.

f) *Version.* — Cohnstein s'est prononcé formellement contre la version. L'auteur, au contraire, bien que les résultats consignés dans ses statistiques soient plutôt mauvais, ne la condamne pas ainsi. Il pense qu'il s'agit là de résultats surtout apparents, principalement dus à ce fait, qu'avant de se résoudre à faire la version on avait tenté avec le forceps tout ce qu'on avait pu. « Quand l'orifice est suffisamment dilaté, la tête suffisamment fixée, forceps. Dans le cas contraire, version. Celle-ci faite à temps, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

g) *Perforation du crâne fœtal.* — La perforation, désastreuse jadis, a bénéficié de la méthode antiseptique. Toutefois, l'*auteur ne l'admet que dans les cas où l'enfant est mort.* Le cancer est-il inopérable, et l'enfant vivant, sacrifier aux intérêts de celui-ci le peu de temps que la mère a à vivre. Est-il opérable, préférer la césarienne avec extirpation totale de l'organe malade.

D'une manière générale, voici entre quelles méthodes thérapeutiques on choisira :

A. *Cancer inopérable.* — 1) Opération césarienne conservatrice (Sänger). 2) Opération de Porro ;

B. *Cancer opérable.* — 1) Césarienne, suivie immédiatement de l'opération de Freund. 2) Opération de Porro et hystérectomie vaginale totale durant les suites de couches. 3) Césarienne (Sänger)

et hystérectomie vaginale totale, durant les suites de couches. L'examen des statistiques et surtout l'appréciation des conditions particulières à chaque cas (défaut de mobilité du col rendant le traitement extra-péritonéal du pédicule particulièrement difficile, extension de la néoplasie cancéreuse au segment inférieur, rupture de l'utérus, endométrite septique) guideront le praticien. R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

De la gonorrhée chez la femme (Uber die Gonorrhoe beim Weibe), par E. LUTHER. *Sammlung klinischer Vorträge*, nos 82-83, octobre 1893, Breitkopf et Härtel, Leipzig.

L'auteur fait une étude générale de la gonorrhée chez la femme; mais il insiste surtout sur l'extension de la maladie aux trompes, aux ovaires et au péritoine : c'est cette extension, dit-il, qui constitue vraiment la gravité de l'affection.

Par quelle voie ces gonocoques arrivent-ils jusqu'aux trompes? Trois voies sont admissibles :

1° Par continuité, en suivant la muqueuse;

2° Par contiguïté à travers les tissus utérins;

3° Par la voie sanguine.

L'auteur ne croit pas qu'il faille de suite rejeter cette dernière hypothèse; les localisations blennorragiques dans toute région de l'organisme sont choses maintenant démontrées ; or, c'est par la voie sanguine que parvient le gonocoque ; pourquoi n'atteindrait-il pas de cette façon les annexes de l'utérus ? Il faut cependant tenir compte de la fréquence de cette localisation gonorrhéique, et penser à un autre mode de contamination.

L'infection par la muqueuse de proche en proche est chose démontrée.

Mais la troisième voie, par contiguïté à travers les tissus, est toujours fort discutée; tant qu'on a pensé avec Bumm que le gonocoque ne cultivait qu'à la surface des muqueuses, on ne supposait pas qu'il pût pénétrer plus profondément dans les tissus, et pour expliquer les lésions de ceux-ci on faisait intervenir les infections mixtes qui expliquaient tout.

Il n'est plus besoin maintenant d'y avoir recours; nous savons

que les gonocoques pénètrent fort bien l'épaisseur des tissus, et peuvent, par conséquent, traverser les parois utérines et se servir des lymphatiques pour arriver jusqu'aux annexes. — Wertheim, grâce à une grande délicatesse de coloration, a pu les mettre en évidence dans des coupes en série.

L'auteur donne aux gonocoques une place prépondérante dans l'étiologie des salpingites ; pour lui la fréquence des gonocoques est encore bien supérieure à celle qu'on leur attribue généralement : le procédé qui consiste à les rechercher uniquement avec le microscope est insuffisant.

Quant à la question de la virulence de ces gonocoques, Luther pense que cette virulence peut persister très longtemps. Wertheim a déterminé des blennorragies intenses avec du pus provenant d'anciennes salpingites. Ceci, ajoute-t-il, ne doit pas nous étonner, et c'est un tort de penser que la virulence des gonocoques doit diminuer sur les milieux vivants comme sur les milieux artificiels : ces derniers en effet conservent les produits d'excrétion fournis par les microbes, tandis que les premiers savent les faire disparaître.

Pratique et valeur de l'examen microscopique du pus des tumeurs inflammatoires des annexes au cours de la laparotomie (Uber die Durchführbarkeit und den Werth der mikroscopischen Untersuchung des Eiters entzündlicher Adnexentumoren während der Laparotomie), par Ernst Wertheim. *Sammlung klinischer Vorträge*, nº 100, mai 1894. Breitkopf et Härtel, Leipzig.

Malgré toutes les attaques dirigées contre cette méthode, Wertheim la considère comme utile dans tous les cas.

Veit a prétendu, il est vrai, qu'elle ne servait à rien en ce que les microorganismes pathogènes sont situés dans les annexes mêmes, sont enlevés par conséquent avec les annexes : l'existence de ces microorganismes ne peut contre-indiquer l'ablation complète des annexes, bien au contraire.

Mais Veit, dit Wertheim, ne tient pas compte de toutes les fausses membranes, les adhérences infiltrées de microorganismes pathogènes. *On ne peut, ajoute-t-il, enlever une tumeur purulente d'une façon aseptique, que quand le pus ne contient pas de bactéries septiques. Dans tous les autres cas l'asepsie est insuffisante.*

Il serait donc très avantageux de pouvoir, avant l'opération, distinguer à laquelle des deux catégories appartient le pus. Les deux questions auxquelles on a répondu sont les suivantes : Les microorganismes existent-ils ? — Ces microorganismes sont-ils pathogènes ?

On peut toujours, pense Wertheim, répondre à la première question : le temps qui s'écoule entre le moment où la trompe est crevée, et le moment où le chirurgien peut modifier son manuel opératoire, est largement suffisant pour examiner des lamelles avec soin ; or, le seul examen des lamelles permet à une personne exercée de se rendre compte de la présence des microorganismes ; quelquefois même on pourra les reconnaître sur les lamelles, et ils ne pousseront pas sur les milieux de culture ; quand leur nombre sera si restreint qu'ils passent inaperçus à un examen extemporané, on peut les considérer comme inoffensifs pour le péritoine.

Quant à la deuxième question, Wertheim pense encore que le microscope suffit pour y répondre immédiatement. Pour lui, trois grandes espèces sont presque uniquement trouvées dans les salpingites : les gonocoques, les streptocoques, les staphylocoques. Or, ces espèces peuvent très bien être distinguées par un examen immédiat.

S'il s'agit de gonocoques on ne drainera pas ; s'il s'agit d'une des deux autres espèces, ou même si l'on trouve des bâtonnets, on drainera. D'après Schauta, dans les cas à streptocoques et staphylocoques, la mortalité est de 41 p. 100 quand on ne draine pas ; elle tombe à 16 p. 100 quand on draine.

L'auteur conclut que l'examen microscopique du pus au cours de l'opération, est une méthode pratique et utile.

Atlas de cystophotographie, par MAX NITZE, trad. franç. par E. DESNOS. Wiesbaden, Bergmann, éditeur, 1894.

Le rôle de M. Nitze dans le développement de la cystoscopie est bien connu. Dans le bel atlas qu'il publie aujourd'hui, il nous donne une série de planches qui, si elles manquent de l'attrait des couleurs, n'en sont pas moins très caractéristiques et donnent à celui qui désire faire de la cystoscopie des figures ayant une netteté, un brillant bien plus propre à le guider que le meilleur dessin, car elles sont absolument l'image de la réalité.

Ces cystophotographies sont très bien reproduites par la photogravure. Aussi l'ouvrage est-il de ceux qui méritent d'être étudiés par tous ceux qui font des études cystoscopiques. H. H.

An american text-book of gynecology, par J. M. Baldy, Philadelphia, Saunders, éditeur, 1894.

Publié par J. M. Baldy, avec la collaboration de H. Byford, Etheridge, Goodell, Howard-Kelly, Krug, Montgomery, Pryor, Tuttle, ce manuel, œuvre collective de bon nombre de gynécologistes américains déjà bien connus par leurs travaux antérieurs, constitue un bon exposé pratique de la gynécologie aux États-Unis.

Pas de bibliographie, pas de détails superflus, et cependant sur beaucoup de points une note personnelle; cet ouvrage nous a beaucoup intéressé. Le lecteur français y trouvera peut-être que les travaux de bon nombre de ses compatriotes y sont passés sous silence. Mais s'il aborde ce livre avec la seule idée d'y chercher la ligne de conduite des opérateurs américains, ce qui est le but des auteurs, il verra que ceux-ci l'ont pleinement rempli. De nombreuses gravures illustrent cet ouvrage qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la gynécologie. H. H.

Recents investigations in faradic electricity, par Geo. J. Engelman. Philadelphia.

La vagina considerata come via di assorbimento, par Guiseppe Coen et Guglielmo. Levi, Milano, 1894.

Les nouvelles conquêtes de la chirurgie ; 1re partie : la chirurgie viscérale, par Broussolle. Dijon, 1894.

Large cystic myoma of uterus with notes on cystic fibroïds, par Alban Doran. London, 1894.

Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brandt, par Mme Goldspiegel-Sosnowska. Paris, 1894.

Le Gérant: G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1894

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR DEUX OBSERVATIONS DE RÉTROFLEXION UTÉRINE. UTÉRUS A RESSORT ET UTÉRUS GRAVIDE

Par le Dr **Ed. Schwartz**,
Chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer dans ces trois dernières années une trentaine de laparotomies pour des rétroversions et rétroflexions non curables par les manœuvres ordinaires de redressement sous le chloroforme, non justiciables du raccourcissement des ligaments ronds que nous faisons toutes les fois que la déviation est mobile, réductible et facile à maintenir réduite.

Presque toujours ces déviations étaient accompagnées de lésions unilatérales des ovaires et des trompes ou de lésions bilatérales qui nous ont déterminé à pratiquer la laparotomie pour remédier du même coup à l'affection des annexes et au déplacement utérin. Toutes les fois que notre diagnostic de lésion bilatérale a été établi avec certitude, c'est à l'hystérectomie vaginale que nous nous sommes adressé et non plus à la laparotomie.

Quoi qu'il en soit, c'est le plus souvent à l'ablation des annexes combinée à l'hystéropexie abdominale que nous avons eu recours, et cela dans des conditions très favorables au point de vue opératoire et thérapeutique.

Parmi ces faits, il en est deux sur lesquels je désire appeler plus spécialement l'attention :

Dans le premier, il s'agit d'une forme inusitée de rétro flexion, d'un véritable utérus à ressort comme nous l'appellerons, se réduisant brusquement dès qu'il est dégagé du cul-de-sac de Douglas.

Dans le second, nous avons eu affaire à un cas de grossesse du fond de l'utérus ayant amené sa rétroflexion brusque et simulant une tumeur inflammatoire ou hématique à cause du manque total des signes physiques de la gestation.

C'est surtout au point de vue anatomique et thérapeutique que le premier fait présente quelque intérêt, tandis que tout l'intérêt du second réside dans la difficulté du diagnostic et le traitement qui lui a été appliqué. De plus, tous deux ont été observés il y a deux ou trois ans et donnent lieu à quelques considérations sur les suites observées.

Obs. I. — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 27 ans, fleuriste, qui nous fut adressée à l'hôpital Cochin au mois de décembre 1891, pour une affection utérine grave.

Comme antécédents nous relevons que son père est mort très probablement d'une affection du foie ; sa mère est vivante, bien portante ainsi que ses deux sœurs.

Elle a été réglée régulièrement à l'âge de 12 ans.

Il y a quatre ans, accouchement à terme ; accouchement pénible, elle s'est relevée le vingt-cinquième jour. C'est de cette époque que datent des douleurs dans le ventre, des règles irrégulières, très abondantes durant de dix à douze jours avec pertes blanches dans leur intervalle.

Les dernières règles sont survenues le 27 novembre. Depuis trois mois, la malade est alitée ; il lui est impossible de se lever, à plus forte raison de se livrer à la moindre occupation. Même alitée, elle souffre dans le bas-ventre surtout à droite. Elle nous demande de la délivrer par n'importe quelle intervention de ses douleurs incessantes.

L'examen pratiqué deux ou trois jours après son entrée nous permet de constater au toucher du prolapsus utérin, avec une rétroflexion très accentuée : le cul-de-sac postérieur est rempli

par le fond de l'utérus qui est très douloureux et absolument immobile. Le cul-de-sac latéral droit est normal, mais un peu douloureux à la pression ; à gauche rien d'anormal. Le speculum nous montre un col un peu rouge, légèrement entr'ouvert. L'hystéromètre flexible de Terrillon affirme une rétroflexion considérable et une augmentation de longueur de la cavité utérine qui mesure 8 centimètres et demi.

Aucun écoulement anormal après le cathétérisme.

Les autres organes sont sains ; l'état général est satisfaisant en dehors de quelques manifestations réflexes sur le tube digestif.

Pas de troubles urinaires, ni rectaux.

Notre diagnostic fut rétroflexion adhérente avec ovaro-salpingite droite. Avant d'entreprendre une intervention plus sérieuse nous essayons le redressement de l'utérus, la femme en situation latérale, par les manœuvres bimanuelles, l'hystéromètre : le fond ne bouge pas, et reste collé dans le cul-de-sac postérieur ; la malade se plaint de douleurs très vives pendant et après ces manœuvres.

C'est alors que nous proposons la laparotomie, convaincu que l'état douloureux dépendait autant sinon plus des lésions annexielles que de la déviation utérine elle-même.

Le 24 décembre, la laparotomie est pratiquée. Sous le chloroforme nous essayons encore la mobilisation du fond de l'utérus, son redressement ; il résiste à toutes les tentatives.

L'abdomen ouvert, nous allons à la recherche de l'utérus. Celui-ci est absolument infléchi en U. Le fond est dans le cul-de-sac de Douglas et solidement enclavé, si bien que nous annonçons à nos assistants d'assez grandes difficultés pour le détacher de ses adhérences probables ; à peine avons-nous introduit les deux doigts de la main gauche au fond du cul-de-sac entre lui et le fond de la matrice que celle-ci se redresse spontanément comme mue par un ressort ; le corps reprend sa direction normale et les essais de le reporter en arrière restent infructueux. En somme, nous avions eu la sensation très nette d'un corps élastique fixé, brusquement détaché et reprenant d'emblée sa situation normale.

L'examen des annexes nous montre que contrairement à ce qu'avaient indiqué les signes fonctionnels (douleurs surtout à droite), c'est à gauche que siègent les lésions les plus prononcées.

Les annexes droites me paraissant saines sont laissées en place; par contre à gauche, l'ovaire est occupé par un kyste gros comme une noix qui a détruit presque tout le tissu de l'organe; la trompe gauche épaissie est parsemée de petits kystes sous-séreux. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Ligature de Lawson Tait. Section au thermocautère. L'utérus n'ayant aucune tendance à retomber en arrière, on ne fait pas l'hystéropexie, mais on a soin, la paroi abdominale refermée sur les intestins et l'épiploon placé devant, de faire un tamponnement du cul-de-sac antérieur avec de la gaze iodoformée, qui force le col à regarder le sacrum.

Les suites opératoires ont été des plus simples.

La malade se lève le 18 janvier; depuis l'opération elle n'a plus souffert du ventre. L'utérus reste en situation normale; par précaution, je lui fais porter un petit pessaire de Hoge qu'elle quitte au bout de six mois.

Je croyais cette jeune femme bien et dûment guérie, quand elle revint me trouver au bout de quelques mois en 1893, et je constatai que s'il n'y avait plus de rétroflexion proprement dite, il existait sans aucun doute une rétroversion, légère il est vrai, mais indiscutable, cause de quelques tiraillements dans le ventre et les reins, lorsqu'elle veut se livrer à des occupations un peu fatigantes.

Depuis je lui fais porter un pessaire de Ménière à rétroversion qui la maintient réduite et lui permet d'exécuter tous ses travaux de ménage sans inconvénient et sans fatigue.

Le premier point sur lequel je veux insister, c'est celui de la réduction brusque de l'utérus dès qu'il a été désenclavé du cul-de-sac de Douglas. Les documents sur la question ne sont pas nombreux. Je sais que mon ami et collègue Routier a eu affaire à un cas analogue et j'en ai retrouvé un autre relaté dans l'excellente thèse de Marcel Baudouin (1). Il appartient à notre collègue Tuffier.

Faisant une laparotomie, il trouve la face antérieure de l'utérus qui se perd en haut et en arrière en s'engageant

(1) *Hystéropexie abdominale antérieure dans les rétrodéviations de l'utérus*. Th. Paris, 1890, p. 224.

sous une sorte de bride en ogive sans lui adhérer. Enfonçant alors profondément l'index entre la bride et l'utérus du côté du rectum, il accroche le fond et l'attire, en l'énucléant, de sa loge d'où il sort brusquement en s'étendant et en faisant un véritable mouvement de ressort qui lui rend sa rectitude; il est surmonté d'un myôme sessile. Double castration, pas d'hystéropexie. Malgré cela, persistance do la réduction chez l'opérée revue deux ans après.

Cette observation intéressante diffère un peu de la mienne en ce sens que l'utérus était manifestement retenu dans sa position vicieuse par la bride en ogive sous laquelle il s'était engagé, grâce probablement au corps fibreux qu'il portait. Dans notre cas, c'est dans le cul-de-sac de Douglas que le fond était enclavé et nous avons été surpris par la brusquerie de la réduction, dès que le désenclavement a eu lieu.

Faut-il, dans ces cas, suivre la conduite tenue par notre collègue et nous-même, laisser l'utérus libre sans fixation aucune? Nous étions disposé à répondre par l'affirmative quand, dans notre cas au moins, la suite est venue nous montrer qu'il eût mieux valu faire une fixation, qui eût été peu de chose au moment de notre intervention et eût consisté, soit dans une hystéropexie abdominale, soit dans un raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds suivant que la femme est ou non voisine de la ménopause. Il est certain que si un fait pareil se présentait encore à mon observation, je n'hésiterai pas, malgré le cas heureux observé par Tuffier, et en tenant compte de ce que ce dernier s'est produit dans des conditions différentes de celles que nous avons nous-même observées. C'était une rétroflexion mécanique datant probablement de peu de temps, maintenue par une bride, tandis que chez notre opérée il s'agissait d'une lésion consécutive à un accouchement, ayant malgré tout influencé la musculature utérine, et cela depuis longtemps.

Obs. II. — Notre seconde observation concerne une jeune femme de 22 ans, couturière, qui entre dans notre service le

15 mars 1892, avec des accidents aigus du côté du bas-ventre.

Depuis un accouchement il y a quinze mois, elle souffre beaucoup du côté gauche; ces douleurs ont beaucoup augmenté depuis les huit derniers mois et sont devenues absolument insupportables depuis quelques semaines de telle sorte qu'il lui est totalement impossible de marcher, de rester debout. Elle a eu ses dernières règles le 11 mars, elles ont duré deux jours et ont été peu abondantes; elle n'a jamais eu aucun retard, ni aucune irrégularité. Nous insistons sur ce dernier renseignement qui a une grande importance. L'examen nous montre son abdomen nullement augmenté de volume. La simple palpation fait sentir au-dessus et en arrière du pubis une tumeur qui s'enfonce dans le petit bassin et dont il est difficile de déterminer les limites et la consistance à cause de la tension des parois abdominales. Elle est douloureuse à la pression.

Le toucher vaginal fait tomber sur un col utérin allongé en museau de tapir affleurant presque la vulve, de consistance normale. Rien dans les culs-de-sac latéraux; mais le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur fluctuante extrêmement douloureuse ressemblant absolument à une hématocèle rétro-utérine. Le palper bimanuel montre qu'elle est en arrière de l'utérus; elle en paraît complètement indépendante. Loin de soupçonner une grossesse, nous introduisons en douceur l'hystéromètre en caoutchouc de Terrillon qui pénètre à 9 centimètres et demi et montre une légère rétroversion.

Le toucher rectal ne fait que confirmer ce qu'a indiqué le toucher vaginal et le palper bimanuel.

Pour nous assurer du diagnostic, nous chloroformons la malade et constatons bien nettement l'indépendance de la tumeur qui remplit le cul-de-sac postérieur de Douglas, de l'utérus qui est situé et repoussé en avant contre la symphyse pubienne.

La malade souffre beaucoup et le diagnostic nous présentant malgré tout quelques obscurités, nous lui proposons la laparotomie qui est acceptée.

Le 24 mars 1894, laparotomie médiane; l'incision nous permet d'introduire la main et de reconnaître que la tumeur qui est dans le cul-de-sac de Douglas est le fond de l'utérus rétrofléchi à angle aigu sur le corps et le col; ceux-ci constituent un segment mince comme élongé situé en avant, tandis que le fond étalé sous

forme de tumeur liquide remplit tout le cul-de-sac de Douglas en arrière; nous sentons à travers les parois utérines une résistance et une fluctuation qui nous font aussitôt songer à une grossesse, de 2 à 2 mois et demi, d'après le volume de l'organe.

Il nous est facile de redresser l'utérus rétrofléchi, il garde sa situation : nous ne le fixons pas, et refermons l'abdomen après nous être assuré de l'état d'intégrité complète des ovaires et des trompes.

A partir de ce moment notre opérée n'a plus eu aucune douleur. Un tampon iodoformé insinué en arrière dans le cul-de sac vaginal soutient l'utérus et nous constatons qu'il reste parfaitement redressé.

Aucun signe d'avortement après ces manœuvres.

L'opérée rentre chez elle le 17 avril, et elle revient en octobre suivant, accoucher dans le service de notre collègue et ami Bouilly.

L'accouchement s'est parfaitement passé, et l'examen que nous avons pu faire quand elle a quitté le service d'obstétrique montre que l'utérus bien en place n'a aucune tendance à la rétroversion ou à la rétroflexion.

Il s'était donc agi chez notre malade d'une rétroflexion d'un utérus gravide; le fond de l'organe constituait comme une sorte de tumeur qui paraissait absolument indépendante du reste de la matrice comme mobilité, comme connexions.

La laparotomie nous a permis de faire un diagnostic et de remédier séance tenante avec succès à la déviation et à ses accidents, en n'entravant en rien la marche normale de la grossesse.

Nous ne voulons tirer aucune conclusion de ce fait isolé; mais nous songeons avec terreur à notre déception si, suivant notre conduite habituelle, nous avions incisé la tumeur fluctuante du cul-de-sac postérieur et reconnu notre erreur; et tout cependant nous éloignait de l'idée d'une grossesse; la persistance des règles qui étaient encore apparues cinq jours avant l'entrée, l'absence de modifications du côté du col et du segment inférieur qui paraissaient indépendants, l'absence d'autres signes locaux ou généraux de la gestation.

UTÉRUS ET VAGIN DOUBLES

Par le **Dr Schuhl**,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

On sait que l'utérus et le vagin se forment aux dépens de la partie inférieure des deux canaux de Müller, comprise dans le cordon génital. Ces canaux sont d'abord séparés, puis se soudent entre eux ; enfin la cloison qui résulte de leur adossement disparaît.

Par suite de ces modifications, l'utérus et le vagin pendant la vie intra-utérine sont primitivement doubles et deviennent simples lorsque la cloison qui sépare les canaux de Müller a été complètement résorbée.

Cette évolution normale des canaux de Müller permet de comprendre la pathogénie des malformations de l'utérus et du vagin, et en particulier la pathogénie de la duplicité de ces organes. Si par suite d'une anomalie de développement les canaux de Müller ne se réunissent pas ou si leurs parois accolées ne se résorbent pas, l'utérus et le vagin resteront doubles.

Mais cette malformation peut présenter différents degrés. En ce qui concerne l'utérus, les deux canaux primitifs peuvent rester complètement séparés et l'on aura deux matrices distinctes : cette variété est désignée sous le nom d'utérus didelphis.

Si les conduits de Müller sont soudés dans leur partie inférieure tandis que dans leur portion supérieure ils ne se sont pas réunis, la matrice présentera au niveau de son fond un sillon plus ou moins profond. Dans ces cas la réunion peut n'exister qu'au niveau des cols : l'utérus est alors duplex ; lorsque le rapprochement s'est fait sur une plus grande étendue et existe sur une partie des corps utérins en même temps que sur les cols, on a un utérus bicorne.

Enfin les canaux de Müller peuvent être complètement accolés, mais la cloison résultant de cet accolement persiste ; dans ce cas l'utérus aura extérieurement une configuration normale mais présentera deux cavités distinctes ; il sera septus, bilocularis, bipartitus. Quelquefois la cloison médiane n'est pas complète, a disparu à la partie inférieure ; l'utérus est subseptus.

La duplicité du vagin présente également des degrés. L'anomalie de développement des canaux de Müller peut avoir pour résultat un cloisonnement vertical complet du vagin ou bien un cloisonnement incomplet.

Nous nous proposons de rapporter deux observations de duplicité de l'utérus et du vagin ; dans chacune d'elles, l'utérus était bicorne et le vagin était complètement cloisonné.

Les exemples de cette variété de malformation des organes génitaux ne sont pas très rares. Un des plus curieux est celui qui a été rapporté par Eisenmann en 1752 (1). Outre la pièce anatomique décrite par Eisenmann, il en existe à Strasbourg un grand nombre d'autres, dont M. Stoltz possède les dessins qui ont été faits par M. F.-J. Herrgott pendant sa scolarité en 1837, 1838 et 1839. La thèse de Cassan (2), celle de Kresz (3), un travail important de Kussmaul (4), la thèse d'agrégation du professeur Le Fort (5), un mémoire de Las Casas dos Santos (6) contiennent de nombreuses observations d'utérus bicorne. Dans le travail de M. le professeur A. Herrgott sur l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin (7)

(1) *Tabulæ anatomicæ quator uteri duplicis observationem rariorem sistentes in lucem editæ*. Strasbourg, 1752.

(2) *Recherches sur les cas d'utérus double*. Paris, 1826.

(3) *Recherches sur les cas d'utérus double*. Paris, 1846.

(4) *Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gebärmutter*. Wurzbourg, 1859.

(5) *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier*, 1863.

(6) Missbildungen des Uterus. *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1888, t. XIV, p. 140.

(7) Thèse de Nancy, 1874.

nous trouvons également plusieurs exemples de cette duplicité des organes génitaux existant en même temps que l'extroversion de la vessie.

L'observation suivante qui nous a été communiquée par notre excellent ami, M. le professeur Prenant, montre quelle est la configuration des organes génitaux lorsque l'utérus double est bicorne et le vagin cloisonné.

Il s'agit dans ce cas d'une pièce anatomique qui provient du laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine de Nancy. Une coupe transversale a divisé cette pièce en deux parties : un segment inférieur, ayant une longueur de 12 millim., comprend la

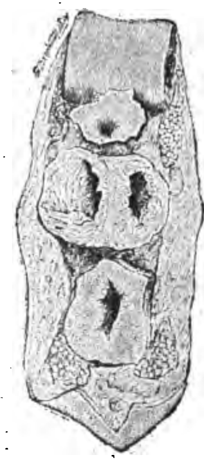


Fig. 1.

vulve, l'anus et une portion du canal vaginal; le segment supérieur est formé par le reste du canal vaginal, l'utérus et les trompes.

Nous n'avons aucun renseignement sur les circonstances dans lesquelles ces organes génitaux ont été recueillis ; ils étaient conservés dans l'alcool.

En examinant le *segment inférieur* par sa face inférieure, on remarque que la vulve et l'anus ne présentent rien d'anormal. L'hymen est représenté par un bourrelet annulaire, dont la hau-

teur est égale sur toute sa circonférence. En écartant à droite et à gauche les bords de l'hymen, de manière à voir le canal hyméno-vaginal, on aperçoit une cloison verticale et médiane qui divise le vagin en deux parties égales. Cette cloison se prolonge jusqu'au bord libre de l'hymen ; son extrémité inférieure est concave, de sorte que sur la face interne de l'hymen cette cloison forme deux éperons, dont l'un est situé à la partie supérieure (antérieure), l'autre à la partie inférieure (postérieure) de cette membrane.

L'examen du segment inférieur par sa face supérieure (fig. 1) montre que le canal vaginal est double dans toute sa hauteur : en effet une cloison verticale, médiane, antéro-postérieure, ayant

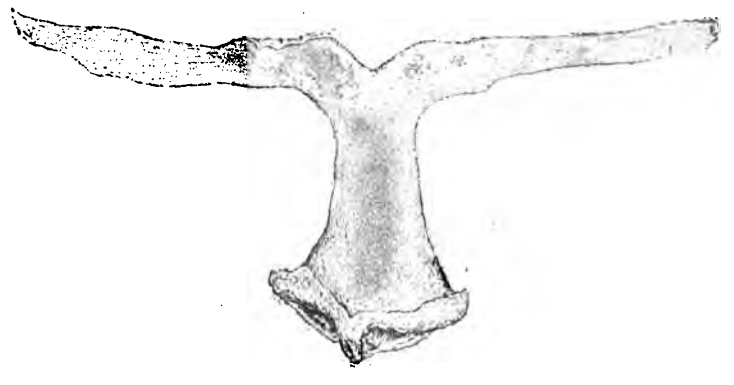


FIG. 2.

une épaisseur d'un millimètre et demi, divise ce canal en deux parties à peu près égales, dans l'intérieur desquelles on ne remarque aucune colonne saillante. Le diamètre transversal du vagin envisagé dans sa totalité est de 7 millim. ; son diamètre vertical mesure 9 millim.

Le *segment supérieur* des organes génitaux (fig. 2) présente les particularités suivantes : l'utérus a une longueur de 23 millim., il est bicorne ; sa division en deux cornes ne commence qu'à 2 millim. du fond de la matrice. Sa largeur n'est pas la même sur les différents points de son étendue ; en effet, il existe un étranglement à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen ; le diamètre transversal de cet organe est de 7 millim. au niveau de

l'étranglement, de 13 millim. au niveau de l'insertion du vagin sur le col et de 12 millim. au fond de l'utérus.

Une incision avait été faite sur les bords latéraux de la matrice. En écartant sur chaque bord les lèvres de l'incision, on voit (fig. 3) que la matrice est cloisonnée sur toute sa hauteur ; de plus, on remarque dans les deux cavités utérines des plis palmés qui s'étendent presque jusqu'au fond de la matrice. Dans chacune de ces deux cavités l'un des bourrelets longitudinaux des plis palmés est situé sur la cloison de séparation, l'autre bourrelet se trouve le long du bord externe de l'utérus.

Les deux cols diffèrent l'un de l'autre. L'un des orifices cervicaux s'ouvre au centre de l'extrémité du museau de tanche, entre les deux lèvres bien développées. Au contraire, dans l'autre moitié de l'utérus, la cavité utérine communique avec la cavité vaginale par un orifice situé en dedans du col. Ce dernier par contre est imperforé ; ses lèvres sont moins développées que celles de l'autre museau de tanche.

FIG. 3.

Dans chaque vagin les culs-de-sac sont normaux, l'un beaucoup plus profond que l'autre. En plaçant la pièce anatomique de façon à ce que le cul-de-sac le plus profond soit tourné en avant, le col imperforé se trouve situé du côté gauche.

On ne remarque rien de particulier au niveau des trompes.

A propos de la duplicité de la matrice et du vagin dont nous avons donné la description, il est nécessaire de déterminer approximativement l'âge du sujet à qui appartenaient ces organes. On sait en effet que « chez le fœtus humain l'utérus est bicorne jusqu'à la fin du troisième mois de la vie embryonnaire » (F. Tourneux et Ch. Legay) (1). S'agissait-il, dans le cas que nous venons de rapporter, d'un fœtus âgé de moins de trois mois, et par conséquent la duplicité des organes génitaux doit-elle être considérée comme représentant un état normal, ou bien au contraire le troisième mois de la vie fœtale était-il passé, et y a-t-il une anomalie de développement ? C'est cette dernière opinion qui doit être admise : en effet, la longueur de l'utérus est de 23 millim., et ce n'est qu'au huitième mois de la vie intra-utérine que la matrice atteint cette longueur (F. Tourneux et Ch. Legay) (2).

En résumé, les organes génitaux que nous avons décrits présentent plusieurs anomalies, dont l'une, la duplicité complète de la matrice et du canal vaginal, n'est pas très rare, et dont les autres sont bien moins fréquentes : ce sont l'imperforation de l'extrémité d'un des museaux de tanche, et du même côté communication de la cavité utérine avec le vagin par un orifice situé en dedans du col imperforé.

Un fait qui mérite également d'attirer l'attention est l'existence de deux bourrelets longitudinaux des plis palmés dans chacune des deux cavités utérines. D'après Mihalkovics (3), sur un utérus normalement développé, les colonnes des plis palmés indiquent la ligne de fusion des deux canaux de Müller. Mais telle ne semble pas toujours être l'origine de ces colonnes, puisque, comme le montre la figure 3, nous les avons rencontrées malgré la persistance de la cloison de séparation des deux canaux primitifs.

---

(1) Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1884, p. 342.

(2) *Idem*, p. 379.

(3) *Internationale Monatsschrift für Anatomie und Histologie*, Bd. II 1884, p. 347.

La duplicité de l'utérus dont nous avons rapporté un exemple ne rend pas la fécondation impossible ; la fécondité dans ces conditions peut même être remarquable, ainsi que le prouve une observation relatée par A. Bérard et dans laquelle il est question d'une femme ayant eu dix-sept enfants.

La grossesse peut être simple ou multiple ; lorsqu'elle est double, ou bien les fœtus sont contenus tous deux dans une même corne de l'utérus, ou bien l'un occupe la moitié droite et l'autre la moitié gauche de la matrice.

Le plus souvent la grossesse est simple. Dans ce cas, elle peut évoluer normalement ; mais assez fréquemment le vice de conformation des organes génitaux donne lieu à des accidents soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement. L'observation suivante, qui a été recueillie à la Maternité de Nancy, dans le service de notre maître M. le professeur A. Herrgott, contient quelques-unes des particularités qui peuvent se présenter lorsqu'une des cornes de l'utérus est gravide. Nous remercions vivement M. le professeur Herrgott de nous avoir autorisé à publier cette observation curieuse.

La nommée Caroline G..., primipare, âgée de 29 ans, brodeuse, entre à la Maternité le 13 avril 1889.

Cette femme, d'une constitution délicate, de petite taille, présente des signes de rachitisme. Elle est atteinte au niveau de la région dorso-lombaire d'une cyphose avec scoliose dont la convexité est dirigée à droite ; son thorax est aplati transversalement, le sternum est saillant, convexe. Les ailes iliaques sont très inclinées sur l'horizon ; la distance entre les deux crêtes iliaques est inférieure à celle qui sépare les épines iliaques antérieures et supérieures.

Les renseignements que la femme donne sur ses antécédents sont les suivants : vers l'âge de 6 ans, elle a eu des abcès froids dans le dos. Il y a trois ans, elle a été atteinte pendant trois mois d'une bronchite accompagnée d'expectoration sanguinolente et de points de côté. Depuis cette époque, elle souffre constamment de gêne respiratoire.

Menstruée pour la première fois à l'âge de 15 ans, elle fut ensuite réglée tantôt toutes les six semaines, tantôt tous les deux mois pendant quatre à cinq jours; quelques mois avant qu'elle ne fût enceinte, la menstruation devint régulière et se produisit tous les mois.

Les règles ont apparu pour la dernière fois le 10 août 1888. A partir du deuxième mois de la gestation survinrent des troubles digestifs caractérisés par des vomissements qui eurent lieu tous les jours, et par de la diarrhée fréquente. De plus, la femme a été atteinte pendant la grossesse de palpitations de cœur, d'œdème des membres inférieurs, de vertiges, de céphalalgie fréquente. Au mois de janvier 1889, elle a été atteinte de bronchite, et depuis cette époque elle a des sueurs nocturnes.

L'aspect extérieur de cette femme, ainsi que ses antécédents pathologiques, devaient appeler l'attention d'une façon particulière sur les appareils respiratoire, circulatoire et urinaire, ainsi que sur la conformation du bassin. Voici ce que l'examen de ces différentes parties a permis de constater.

Au niveau de l'appareil respiratoire, on trouva des signes très nets de tuberculose : matité à la partie supérieure du thorax en avant et en arrière, expiration soufflée au sommet des deux poumons.

Le cœur était hypertrophié ; de plus, on entendait un souffle systolique à la pointe du cœur.

Les urines contenaient 12 grammes d'albumine par litre.

La pelvimétrie donna les renseignements suivants :

Diamètre conjugué externe................	18c 1/2
Distance entre les crêtes iliaques..........	24c
Distance entre les épines iliaques antérieures et supérieures...................	25c
Diamètre sous-sacro sous-pubien.........	9c
Diamètre bi-ischiatique..................	9c

Par le toucher vaginal il fut impossible d'atteindre l'angle sacro-vertébral.

Donc les altérations pelviennes sont surtout caractérisées par un rétrécissement du détroit inférieur ; le détroit supérieur au contraire est à peu près normal.

Ce bassin a été déformé par la cyphose qui a produit le rétré-

cissement du détroit inférieur et dont l'action a en partie neutralisé l'influence que le rachitisme, s'il avait existé sans déviation de la colonne vertébrale, aurait pu exercer sur le bassin.

Mais outre les états pathologiques que nous venons d'énumérer, l'examen des organes génitaux devait nous montrer d'autres particularités encore plus intéressantes.

L'utérus est en antéversion très prononcée. La palpation et l'auscultation de l'abdomen permettent de reconnaître que l'utérus contient un fœtus vivant se présentant par le siège et dont le dos est dirigé vers le côté gauche de la mère. Sur le bord droit de la matrice on trouve une tumeur de consistance ferme, du volume d'un œuf de poule environ, à grand diamètre vertical; l'extrémité supérieure de cette tumeur s'élève jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure; son extrémité inférieure se confond avec le corps de l'utérus.

Le toucher vaginal permet de reconnaître la nature de cette tumeur. En effet une cloison verticale, antéro-postérieure, partage le vagin en deux parties à peu près égales; au fond de chacun des deux canaux vaginaux on sent un col ramolli, légèrement entr'ouvert, ayant une longueur normale. Dans les culs-de-sac antérieurs de ces deux canaux on perçoit à travers le segment inférieur de l'utérus une partie fœtale mobile, qui semble être un siège.

Nous nous trouvions donc en présence d'une duplicité de l'utérus et du vagin; le fœtus était contenu dans la moitié gauche de la matrice.

La femme ressentit les premières douleurs de l'accouchement le 22 avril à quatre heures du matin. A six heures du matin, le col est effacé, l'orifice externe présente une dilatation de l'étendue d'une pièce de vingt centimes; les contractions utérines sont alors fréquentes, mais peu intenses. A trois heures du soir, la dilatation de l'orifice cervical étant complète, les membranes se rompent spontanément; le siège en masse en position IDP repose sur la cloison vaginale. Les contractions utérines deviennent alors plus fortes et on constate que sous l'influence de la descente du siège dans l'excavation pelvienne, la cloison vaginale est déchirée à sa partie supérieure. Le fœtus repose sur cette cloison dont la rupture est complète au moment où le siège franchit la vulve. On aida à l'engagement de la tête dans l'excavation pelvienne et à son dégagement.

L'enfant, du sexe masculin, pesant 1,550 gr., était vivant. Le délivre fut expulsé spontanément immédiatement après l'extraction du fœtus. L'accouchement était terminé à quatre heures du soir.

Immédiatement après la délivrance, la forme de l'utérus est bicorne; la corne gauche qui avait contenu l'œuf est plus élevée et plus volumineuse que la droite, formée par la tumeur que l'on avait trouvée pendant la grossesse dans le flanc droit. La puerpéralité fut à peu près normale; cependant la température de l'accouchée atteignit 38°,4 le deuxième jour, 38°,6 le troisième jour, 38°,2 le cinquième et le sixième jour après l'accouchement. Le 26 avril, les urines renfermaient encore 0 gr. 75 d'albumine par litre et le 29 avril l'albuminurie avait complètement disparu.

La femme quitta la maternité le 6 juin; son enfant pesait alors 2,200 grammes.

Cette observation contient plusieurs faits intéressants : la grossesse a été compliquée de tuberculose pulmonaire, d'affection du cœur, d'albuminurie, de viciation pelvienne déterminée par la cyphose, de duplicité de l'utérus et du vagin. Malgré l'importance que présente chacune de ces complications, nous n'insisterons ici que sur l'une d'entre elles, sur la duplicité de l'utérus et du vagin, et nous examinerons quelles ont été chez cette malade les conséquences de cette malformation sur la marche de la grossesse et de l'accouchement.

Trois faits contenus dans l'observation doivent être envisagés à ce point de vue : ce sont l'expulsion prématurée du fœtus qui ne pesait que 1,550 grammes, la présentation du siège constatée pendant l'accouchement, enfin la déchirure de la cloison vaginale qui s'est produite pendant la descente du fœtus dans l'excavation pelvienne.

Quoique la grossesse dans les cas d'utérus double suive ordinairement son cours normal, des accouchements prématurés et même des avortements ont fréquemment été notés. Il est en effet facile de comprendre qu'avec cette malformation une corne utérine puisse ne pas se prêter à une distension

suffisante pour contenir un fœtus à terme et que l'expulsion prématurée du produit de la conception en soit quelquefois la conséquence. Des avortements à répétition sont même possibles ainsi que le démontre l'observation suivante de Bagard (1).

Observation anatomique sur la double matrice d'une femme de 48 ans, morte à Nancy au mois de novembre 1752, par BAGARD, président du Collège royal de médecine de Nancy.

Une femme, épouse d'un perruquier, avait eu quatorze enfants dont aucun n'est venu à terme. Sa constitution était sèche et maigre; forte, laborieuse, elle était toujours en action. Sa mort a été causée par une suppuration des poumons qui a duré deux ans.

A l'ouverture du cadavre, la première attention fut de considérer l'état de la poitrine. On fit ensuite et par occasion l'examen des viscères du bas-ventre, et l'on fut surpris de trouver dans le bassin une matrice d'un assez gros volume. Elle fut enlevée avec adresse, à cause des personnes qui assistaient à l'ouverture et qui s'y seraient opposées.

Cette matrice était double; ce sont deux poires renversées et d'une égale grosseur, un peu aplaties sur leurs surfaces antérieures et postérieures, séparées vers leur fond de l'espace d'un pouce, réunies par leur col et se terminant à un orifice commun.

Une sonde introduite par cet orifice a pénétré dans l'intérieur des deux matrices par des orifices séparés. Une ouverture longitudinale a fait voir dans le centre de chaque utérus une cavité longue, lisse et polie, qui aurait pu contenir une grosse olive.

Un fait plus curieux encore est celui qui a été rapporté par Goutermann. L'œuf se développait tantôt dans une corne tantôt dans l'autre: « toutes les grossesses dans la corne droite, au nombre de neuf, ont donné lieu à un avortement, sauf une où l'enfant naquit à sept mois. Les trois grossesses qui se sont produites dans la corne gauche ont toutes été à terme (2) ».

(1) PICOT. *Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical*. Thèse de Paris, 1891, p. 33.

(2) CHARPENTIER. *Traité pratique des accouchements*, 1890, t. II, p. 324.

Si dans notre observation on peut admettre l'influence de la malformation sur l'expulsion prématurée du fœtus, on ne peut cependant pas affirmer que telle a été la cause de l'accouchement prématuré, car d'autres états pathologiques, la tuberculose, la maladie du cœur, l'albuminurie, la cyphose qui se sont rencontrées chez notre malade peuvent avoir la même conséquence.

La duplicité de l'utérus peut avoir de l'influence non seulement sur la durée de la grossesse, mais encore sur la présentation du fœtus. Ainsi que l'a fait remarquer M. Polaillon (1), il est nécessaire d'établir ici une distinction entre le cloisonnement complet de la matrice et le cloisonnement incomplet, lequel n'existe qu'à la partie supérieure de l'utérus, sous forme d'éperon qui fait saillie dans la cavité de la matrice. Dans ce dernier cas, le plus grand diamètre de la cavité utérine est transversal, et le fœtus, pour s'accommoder dans un pareil espace, est placé transversalement, se présente par le tronc. Comme l'ont montré Boer, Saxtorph, Wigand et M. le professeur F.-J. Herrgott (2) dans une thèse soutenue à Strasbourg en 1839, la forme anormale de la matrice est une cause de position vicieuse du fœtus.

Lorsqu'au contraire le cloisonnement de la matrice est complet, le grand diamètre de chacune des cavités utérines a une direction longitudinale, et le grand axe du fœtus aura la même direction, c'est-à-dire que le fœtus se présentera par le sommet ou par le siège. Mais, si en l'absence de malformation utérine, les présentations du sommet sont les plus fréquentes parce que la cavité utérine normale a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure, dans les cas de cloisonnement complet de la matrice les conditions peuvent ne pas être les mêmes. En effet, il est possible que la cavité de l'une

(1) Sur certaines malformations de l'utérus comme cause de la présentation du tronc et de l'insertion vicieuse du placenta. *Annales de Gyn.*, septembre 1877, p. 161.

(2) *Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement.* Thèse Strasbourg, 1839, p. 30.

des cornes utérines, tout en ayant une forme allongée de haut en bas, ne soit pas plus développée à son extrémité supérieure qu'à son extrémité inférieure, et il en résultera que les présentations du siège deviendront plus fréquentes.

Mais si l'on peut admettre que la duplicité de l'utérus est quelquefois une cause de présentation du siège, dans le cas que nous avons rapporté, l'accouchement prématuré, la petitesse du fœtus suffisent à expliquer cette présentation sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'influence de la malformation utérine.

Nous venons d'envisager les résultats du vice de conformation de l'utérus; examinons maintenant ceux du cloisonnement du vagin.

Cette malformation n'a nullement retardé l'expulsion du fœtus, mais la cloison vaginale s'est rompue pendant la descente du fœtus dans l'excavation pelvienne. Cette déchirure ne se produit pas dans tous les cas de vagin double : très souvent la cloison est suffisamment extensible pour qu'elle se laisse refouler latéralement par la partie fœtale sans qu'aucune rupture n'en soit la conséquence. Si ce vice de conformation mettait obstacle à la terminaison de l'accouchement, la section de la cloison serait indiquée.

Les faits qui viennent d'être examinés ne sont pas les seuls qui puissent résulter de la duplicité de l'utérus et du vagin. Pendant la grossesse, des hémorrhagies utérines ont été observées ; pendant l'accouchement on a vu la corne non gravide obstruer en partie le bassin; quelquefois la cloison utérine, repoussée par la partie fœtale, a entravé l'expulsion du fœtus ; l'irrégularité des contractions utérines, la rupture de la matrice, des complications de la délivrance peuvent également se produire sous l'influence de la malformation de la matrice.

Nous n'insisterons pas sur ces différentes complications : nous n'avons voulu envisager dans cette note que les faits qui ont été constatés chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire, et réunir dans une même étude deux

observations dont la première montre la configuration du vagin double et de l'utérus double bicorne, et dont la deuxième indique quelques-unes des conséquences qui peuvent résulter de ces malformations pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

COMPLICATION POST-OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE. POLYPE MUQUEUX DE LA TROMPE UTÉRINE.

Par **M. Octave Pasteau,** interne des hôpitaux.

Parmi les interventions les plus discutées depuis quelques années, l'hystérectomie vaginale tient certainement la première place. Cette opération, d'abord appliquée au traitement des néoplasmes et du prolapsus total de l'utérus, a permis ensuite, grâce au morcellement, d'enlever par la voie vaginale les tumeurs fibreuses, et bon nombre de chirurgiens peuvent conclure aujourd'hui que, dans tous les cas de fibromyômes qui ne dépassent pas l'ombilic, cette intervention doit être préférée à l'hystérectomie abdominale. Dans une période nouvelle, sous l'impulsion et grâce aux efforts de MM. Péan et Segond, l'hystérectomie vaginale est devenue un précieux moyen d'action contre les accidents de suppuration pelvienne. Enfin, dans une discussion récente à la Société de chirurgie, les différents opérateurs viennent de chercher à poser nettement les indications de l'hystérectomie vaginale, dans le traitement des prolapsus génitaux.

A cause même de ces indications nombreuses, cette hystérectomie pratiquée par les voies naturelles est devenue une opération de pratique chirurgicale courante, et il nous a semblé intéressant d'appeler l'attention sur une complication presque immédiate, complication qu'un auteur allemand signalait il y a quelque temps, et qui n'a pas encore fait en France le sujet d'une étude complète.

Nous citerons donc une observation personnelle, recueillie

[illegible] M. le Dr Lejars à l'hôpital de [illegible] sur l'examen histologique [illegible] entre les mains, et d'autre [illegible] nous chercherons [illegible] pour l'opération elle-même.

[illegible] 45 ans, entre à l'hôpital [illegible] dans le service de M. Marchand [illegible] M. Lejars.

[illegible] datant déjà de trois ans ; les [illegible] hémorrhagies surviennent dans [illegible]

[illegible] fortement augmenté [illegible] est lourd et rétroversé ; [illegible]

[illegible] le 9 septembre, un curet- [illegible] les accidents repa- [illegible] M. Lejars pratique l'hystérectomie [illegible] avec un petit polype [illegible] de la grosseur d'une bille [illegible] présentait des lésions très [illegible] pesait 155 gr.

[illegible] ; la malade ne souffre pas, [illegible] cinquième jour de l'intervention, [illegible] dans l'après-midi ; les pinces [illegible] tamponnement, fait aussitôt après [illegible] en place. La malade est soignée par [illegible] médecin. Le 30 octobre, elle se [illegible] et recommence à travailler.

[illegible] rétablie, elle vaquait à ses [illegible] souffrait plus. Cependant elle s'aper- [illegible] en blanc, quoique très légèrement. [illegible] les pertes augmentèrent assez notablement [illegible] dans la partie inférieure de l'abdomen [illegible] gauche. Elle revint donc pour voir M. Lejars dans le [illegible] de la clinique chirurgicale de la Pitié, le 19 avril de cette année.

[illegible] fut d'abord étonné de rencontrer au

fond du vagin, au niveau de la cicatrice de l'opération, une surface bourgeonnante, mollasse, de consistance à peu près uniforme, se laissant légèrement déprimer; on avait la sensation d'une prolifération charnue qu'on délimitait nettement avec le doigt et dont on faisait facilement le tour. Elle était rattachée au centre de la cicatrice sur laquelle elle reposait par une portion rétrécie qui s'élargissait bientôt en forme de chapeau pour recouvrir les parties voisines, mais sans y adhérer aucunement. Tout autour de cette tumeur, les tissus étaient normaux, de consistance ordinaire, nullement infiltrés. D'ailleurs aucune douleur à la pression, soit au niveau de la tumeur, soit dans les parties voisines. Le doigt ne ramenait non plus aucune parcelle de bourgeons, et n'était pas souillé de sang; l'odeur de l'écoulement n'était pas fétide. Bref, il n'y avait là aucun signe de néoplasie développée secondairement au niveau de la cicatrice.

On plaça un spéculum et on vit au fond du vagin cette petite masse rougeâtre, champignonneuse, du volume d'une forte noisette, qui faisait hernie comme nous l'avons indiqué.

Le 26 avril, on enleva d'un coup de ciseaux, une portion de cette tumeur qui fut examinée au microscope (nous donnons plus loin tout au long le résultat de cet examen). Puis, on fit un grattage avec une curette tranchante et un pansement iodoformé.

La malade, qui ne souffrait que peu, continua d'ailleurs à rester debout et revint se soumettre à un nouvel examen le 10 mai. On retrouva à la même place une portion bourgeonnante qui n'avait peut-être pas été enlevée complètement, mais qui en tous cas avait augmenté de volume assez notablement pour être presque aussi grosse que la tumeur primitive. Cette tumeur fut excisée avec des ciseaux, son insertion vaginale curettée puis cautérisée au nitrate d'argent. On fit un pansement iodoformé.

Pendant quelques jours la malade continua à avoir quelques douleurs, puis tous les accidents primitifs disparurent complètement, comme on put s'en assurer par la suite, la malade revenant chaque semaine se faire examiner. Le 7 juin, cette guérison s'était maintenue totalement (1).

---

(1) Nous avons revu la malade récemment, le 23 août : la guérison était parfaite.

Voilà donc l'observation de la malade, examinons maintenant quelle est la structure de cette petite masse bourgeonnante qui a été enlevée à deux reprises différentes en l'espace de quinze jours.

Disons tout d'abord que la structure est la même dans les divers fragments que nous avons préparés, aussi bien dans la portion enlevée le 26 avril, que dans la portion enlevée le 10 mai.

A un grossissement peu considérable (fig. 1), la tumeur semble très irrégulière ; elle est parsemée sur tous ses points de dépressions en forme de plis, d'invaginations qui donnent à l'ensemble

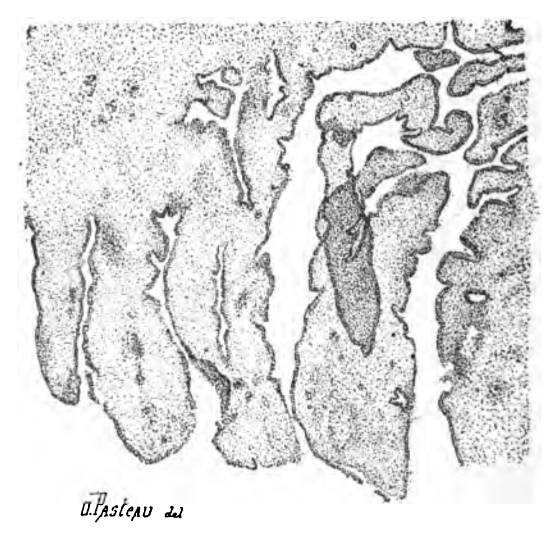


FIG. 1.

de la coupe l'aspect d'une découpure. Tantôt ces plicatures sont presque réunies entre elles, tantôt elles sont séparées par de larges espaces. Sur tous les points de la surface, il existe une couche épithéliale qui s'invagine dans les culs-de-sac que nous avons mentionnés. Cette couche épithéliale est formée de cellules cylindriques types qui dans la plupart des points forment une seule rangée ; dans d'autres points au contraire, mais très rares et peu étendus, l'épithélium est à plusieurs couches.

Le tissu fondamental de la tumeur est formé de granulations jeunes, de cellules embryonnaires très nombreuses ; ce stroma

cellulaire est traversé par des fibrilles conjonctives plus âgées et aussi par des bandes de fibres musculaires lisses d'ailleurs peu abondantes. Les vaisseaux sont en général peu nombreux ; les uns ont des parois épaisses et infiltrées de cellules embryonnaires jusque dans leur couche la plus interne ; les autres, de nouvelle formation, n'ont pour ainsi dire pas de paroi bien formée. Bref, l'aspect général de la coupe ressemble à celui de l'érosion papillaire.

Quand, avec un grossissement plus fort (fig. 2), on cherche à voir nettement l'épithélium de revêtement, on trouve que les cellules en sont généralement assez régulières, un peu allongées cependant par places, mais toujours extrêmement nettes, et formant un revêtement absolument continu. Il n'existe nulle part

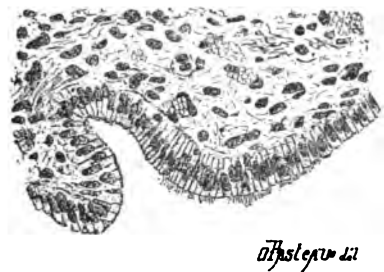


FIG. 2.

d'espaces dépourvus de ce revêtement cellulaire. Nous ajouterons qu'en quelques points, d'ailleurs peu étendus, il est vrai, on trouve ces cellules pourvues de cils vibratiles, très nettement visibles, surtout dans le fond des plicatures que nous avons mentionnées, ce qui permet de croire que si les cils manquent, le plus souvent, cela tient soit à l'inflammation, soit simplement aux manipulations que les coupes ont dû subir pour leur préparation.

Nous avons tenu à rappeler tout au long le résultat de notre examen et à en reproduire par le dessin les principaux traits parce que Schönheimer, le seul auteur qui ait mentionné jusqu'ici l'accident dont nous parlons, a trouvé un résultat absolument semblable (1).

---

(1) SCHÖNHEIMER (de Berlin). Pseudo-récidive après l'hystérectomie vaginale totale. *Centr. f. Gyn.*, septembre 1893, p. 858.

A ne considérer que l'examen microscopique, le point de départ de cette tumeur semble d'abord assez difficile à déterminer exactement, mais on peut assurer toutefois qu'il s'agit d'un tissu d'inflammation développé aux dépens d'une muqueuse pourvue d'un épithélium cylindrique, et nous pouvons ajouter d'un épithélium cilié. — Et cette dernière remarque a une grande importance. En effet dans les deux premières observations citées par Schönheimer, l'hystérectomie vaginale avait été faite pour un cancer du col, un épithélioma à cellules plates ; et l'auteur insistait justement sur ce point pour déclarer que ce ne pouvait être une récidive du cancer primitif. Une troisième observation dans laquelle l'hystérectomie avait été faite pour un fibrome démontra d'ailleurs qu'il ne s'agissait pas d'une récidive de cancer et d'autre part que la muqueuse en question n'était pas non plus la muqueuse utérine, puisque l'utérus avait été enlevé en totalité.

C'est la muqueuse de la trompe qu'il faut incriminer ici, muqueuse dont on retrouve d'ailleurs tous les éléments dans les coupes dont nous avons donné la description précédemment.

Schönheimer, qui n'avait pu trouver de cellules ciliées, avait été conduit à la même conclusion en voyant ce qui se passe au cours d'une hystérectomie vaginale. Quand l'utérus est enlevé, les trompes, si elles ne sont pas adhérentes, flottent dans le petit bassin, retenues seulement sur le côté par le ligament large qui peut s'abaisser dans le champ opératoire ; elles font saillie dans la plaie et il est facile de comprendre qu'elles peuvent y rester prises.

Dans la plupart des cas d'ailleurs, cet abaissement des trompes est facilité par le drainage. En effet, si on laisse des pinces à demeure, pour empêcher l'intestin de venir en contact avec leur extrémité, il est recommandé d'introduire une mèche de gaze antiseptique jusque dans l'abdomen par l'incision vaginale. Qu'arrive-t-il quand on retire cette lanière ? C'est qu'elle rabat dans la cicatrice tous les organes mobiles qui l'entourent et en particulier ces portions de

trompes restées en place et non adhérentes. — Il en est de même si au lieu des pinces à demeure on place des ligatures sur les ligaments larges, car la plupart du temps on fait un drainage de la même façon.

Que se passe-t-il ensuite? L'œuvre de cicatrisation s'effectue assez rapidement au fond du vagin et la trompe herniée y participe aussi mais incomplètement, car la muqueuse proprement dite reste en dehors de ce processus qui tend à une transformation fibreuse. Le tissu cicatriciel en se rétractant tire excentriquement sur cette trompe, dont la lumière devient ainsi de plus en plus considérable; la muqueuse fait ainsi de plus en plus hernie et il se forme un véritable ectropion de cette muqueuse tubaire. Avec l'inflammation apparaissent les nombreuses cellules embryonnaires ; les cellules cylindriques ciliées sont atteintes, elles aussi, et des premières ; elles perdent leurs cils vibratiles, mais elles persistent néanmoins et il n'y a pas d'ulcérations dans le sens anatomique du mot, comme on a pu le constater sur les coupes.

La tumeur que nous avons trouvée est donc formée par une prolifération de la muqueuse tubaire ectopiée à travers un orifice agrandi par le processus cicatriciel; prolifération qui s'élargit en se développant dans le vagin, ce qui, par la suite, peut faire croire à un véritable pédicule. C'est là un polype muqueux type, analogue à celui qu'on trouve sur la muqueuse utérine en cas d'endométrite. Et on peut s'expliquer comment on retrouve cette prolifération qui n'a rien de néoplasique, non seulement après l'hystérectomie pratiquée contre le cancer, mais après l'hystérectomie faite pour le fibrome, comme dans l'observation que nous rapportons et le troisième cas de Schönheimer.

La cause de cet accident une fois bien élucidée, cette pathogénie bien connue, on voit qu'il s'agit en somme d'une complication peu grave. Il n'en est pas moins vrai que ce polype muqueux qui tend toujours à augmenter de volume peut avoir des inconvénients ; il peut entretenir un écoulement

parfois assez notable et devenir une cause de grave souci pour une malade qui sait avoir subi une opération devant la mettre à l'abri de tout accident.

Nous croyons donc pouvoir conclure ainsi ce travail :

1° En cas d'hystérectomie vaginale, il faut enlever autant que possible les trompes en entier ou les sectionner le plus loin possible de leur attache utérine. Si on pratique l'hystérectomie pour cancer, cette opération plus large est d'ailleurs plus sûre, et si l'hystérectomie est faite pour une autre cause, on voit, d'après ce qui précède, que cette pratique peut avoir aussi son importance.

2° En second lieu, si après une hystérectomie pour néoplasme utérin, on trouve une petite tumeur champignonneuse dans le fond du vagin, au niveau de la cicatrice opératoire, il faudra, avant de déclarer qu'il s'agit d'une récidive, faire un examen histologique sérieux et voir s'il ne s'agit pas simplement d'une petite prolifération sans importance réelle, qu'on peut faire disparaître radicalement par un curettage et une cautérisation, complication qui ne porte alors en rien atteinte à la sécurité ultérieure de la malade.

REVUE CLINIQUE

RÉTENTION D'URINE PAR RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS GRAVIDE. — RÉDUCTION. — CESSATION DES ACCIDENTS. — CONTINUATION DE LA GROSSESSE

Par **Henri Hartmann**, chirurgien des hôpitaux.

M^me^ C..., 30 ans, a mené sans incident deux grossesses à terme, l'une en 1886, la deuxième en novembre 1889. Depuis cette seconde grossesse les règles sont un peu plus fréquentes, avancent de trois ou quatre jours, quelquefois même reviennent deux fois dans le même mois. Elles sont précédées de douleurs la veille de leur arrivée.

Le 25 novembre 1893, elles sont apparues pour la dernière fois

et cette suspension de règles a été accompagnée de maux de cœur, d'augmentation de volume des seins, etc. Tout ce début de grossesse ne présenta rien de particulier.

C'est quinze jours avant son entrée à l'hôpital, trois mois après la dernière apparition des règles, que la malade commença à éprouver une certaine difficulté pour uriner; quelquefois il lui arrivait de faire deux ou trois tentatives infructueuses avant d'arriver à satisfaire le besoin d'uriner qu'elle éprouvait. Plusieurs fois chaque nuit elle était obligée de se lever pour uriner.

Il y a huit jours, cette difficulté de la miction a considérablement augmenté et la malade n'arrive à uriner qu'au prix d'efforts violents.

Le 5 mars, deux jours avant son entrée à l'hôpital Bichat, elle éprouva des difficultés telles qu'elle dut prendre un bain, et y fit des efforts si violents qu'elle eut deux ecchymoses sous-conjonctivales. Depuis ce moment, elle souffre constamment et n'arrive à rendre que quelques gouttes d'urine.

7 mars 1894. Le ventre est globuleux, tendu, dépressible, manifestement fluctuant. La vessie dépasse l'ombilic. En écartant les lèvres de la vulve on aperçoit le col, fendu à gauche, exulcéré au pourtour de son orifice, présentant une teinte bleuâtre.

A gauche existe une ecchymose bulbaire occupant tout le segment inférieur de l'œil, maxima au niveau du sillon inférieur; la paupière inférieure présente sur sa face cutanée une teinte bleutée à peine appréciable. A droite, on trouve une ecchymose bulbaire identique; l'ecchymose de la face cutanée de la paupière inférieure est plus marquée qu'à gauche. Aucune ecchymose, aucune contusion sur le pourtour des orbites.

Prenant une sonde béquille n° 16, nous l'introduisons avec la plus grande facilité dans la vessie; l'urine sort en jet. Lorsque 1,200 grammes se sont écoulés, le liquide bavant par la sonde, nous cessons l'évacuation pour ne pas amener une déplétion trop brusque de la vessie. Cette urine est claire et l'on n'y trouve aucun micro-organisme, ni par l'examen sur lamelles, ni par les cultures sur divers milieux. Cette démonstration de la stérilité de l'urine est faite par notre interne M. Morax.

La situation du col, une fois la vessie partiellement évacuée, a changé. Il ne tend plus à sortir de la vulve; en écartant fortement les lèvres de celle-ci, on voit que la partie qui se présente

n'est plus l'orifice, mais la face antérieure de la lèvre antérieure. Enfonçant le doigt dans le cul-de-sac antérieur, on constate que la face antérieure du col se dirige en avant, laissant, entre elle et le pubis, un espace juste suffisant pour admettre le doigt. Déprimant ce cul-de-sac antérieur aussi fortement que possible, nous ne trouvons pas de corps utérin. Celui-ci est cependant accessible à la main abdominale qui déprime fortement la paroi et le trouve dans l'excavation, arrondi, mou et dépressible. Le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur arrive du reste immédiatement au fond d'un sillon formé par la jonction du col et du corps, dont on apprécie les caractères avec la plus grande facilité.

L'existence de la rétroflexion d'un utérus gravide étant ainsi nettement établie, nous refoulons le corps utérin de bas en haut avec deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur. La réduction s'obtient avec la plus grande facilité et l'on constate immédiatement que le fond de l'utérus est à deux doigts de l'ombilic, à six au-dessus du pubis.

Renouvelant alors l'exploration du cul-de-sac antérieur, nous sentons nettement l'évasement du corps utérin. L'orifice du col regarde en bas et en arrière.

Depuis ce moment la malade urine normalement; la réduction s'est maintenue sans tampon ni ceinture et la grossesse a continué sans incident, pour se terminer par un accouchement à terme le 24 août dernier.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

MÉTHODES DE MACKENRODT ET DE DUHRSSEN

Par le Dr **R. Labusquière.**

Certes notre intention n'est pas de passer successivement en revue tous les procédés chirurgicaux qui ont été imaginés contre les rétrodéviations de la matrice. Hystéropexie abdominale, directe ou indirecte, raccourcissement des ligaments ronds, résection d'une tranche du tissu utérin,

rétrofixation du col, hystéropexie ou utéro-vagino-fixation simple ou double avec ses différentes variétés, que de moyens coercitifs contre l'utérus insoumis ! Heureusement, ces efforts, toutes ces tentatives n'ont pas été entièrement perdues. Et, en particulier, la ventro-fixation a donné des résultats définitifs, qui ont subi, maintes fois, victorieusement l'épreuve d'une grossesse. Mais, c'est là, malgré l'habileté, l'antisepsie ou l'asepsie, une intervention toujours assez sérieuse et qui doit être réservée pour les rétrodéviations graves, irréductibles par les procédés ordinaires ou compliquées de lésions importantes soit du para et périmétrium ou des annexes.

Nous désirons, aujourd'hui, essayer de faire connaître à nos lecteurs, d'une manière aussi précise que possible, deux méthodes qui ont vu le jour en Allemagne, où elles sont expérimentées depuis bientôt six années, et qui s'adressent surtout aux rétrodéviations mobiles ou assez facilement réductibles : A) *méthodes de Mackenrodt.* B) *méthode de Dührssen.* Méthodes rivales qui se partagent la faveur des gynécologues, et qui ont donné lieu à de nombreux articles, souvent de polémique, à beaucoup de méprises, et à des questions de priorité. Quelques lignes d'historique suffiront à donner une idée des discussions auxquelles elles ont donné lieu. Toutefois, s'il suffisait d'avoir eu et exprimé l'idée de la possibilité de corriger certaines rétrodéviations de la matrice par la fixation de l'utérus au vagin, la priorité serait acquise à Sänger, non seulement pour les deux méthodes qui vont nous occuper, mais encore pour le procédé, depuis fortement tombé en discrédit, de Schücking. Dès 1888, en effet, Sänger écrivait : « On pourrait : 1° agir directement sur le corps de l'utérus, ramené en avant, après incision transversale du cul-de-sac vaginal antérieur, incision des plis péritonéaux antérieurs et fixation, au moyen d'un fil d'argent du corps de la matrice sur le vagin, dont la plaie serait refermée dans le sens sagittal, ce qui aurait pour effet de reporter le col plus en arrière, dans sa situation normale ; 2° ou bien,

l'index étant introduit dans la cavité de l'utérus (préalablement dilaté), il serait possible de placer une anse en fil d'argent à travers le cul-de-sac antérieur non ouvert » (1). Voilà l'idée primitive, mais comment a-t-elle été réalisée dans la pratique, abstraction faite bien entendu de la méthode de Schücking contenue également en germe dans la seconde proposition, mais dont nous n'avons pas à nous occuper ici (2).

A la Société obstétricale et gynécologique de Berlin, dans la séance du 27 mai 1892, Mackenrodt fit la première communication sur sa méthode. Il la décrivit et sa description fut reproduite par le *Centralblatt* et la *Deutsch. med. Wochenschrift* (3). Il faut dire que cette description diffère notablement de celle que nous reproduisons plus loin et qui est de date tout à fait récente (4). Or, les résultats fournis par l'application exacte de la méthode primitive auraient, suivant plusieurs chirurgiens, été tout à fait défectueux.

Dans la séance de juillet 1892 de la même Société, Dührssen, à son tour, fit connaître la technique opératoire qu'il avait adoptée et, déjà à cette époque, il indiquait les résultats qu'elle lui avait fournis dans 114 cas. D'autre part, cette méthode qu'il décrivit alors dans le détail est, à très peu de choses près, celle qu'il décrit beaucoup plus récemment (5). La première communication avait été reproduite dans le *Centralblatt* (6) et dans le *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*

En 1893, Winter publie un travail dans lequel il déclare

(1) SÄNGER. *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 3, p. 41.

(2) Elle a été étudiée d'ailleurs dans les *Annales*, par M. HARTMANN, 1890, T. II, p. 463.

(3) MACKENRODT. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 25, p. 479, et *Deutsch. med. Wochensch.*, 1892, n° 22, p. 491.

(4) *Berlin. klinisch. Wochen.*, 1894, n^os 31 et 32, p. 713 et 734.

(5) DUHRSSEN. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n°, p. 681.

(6) *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 47, p. 923, et *Zeitschr f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXIV, Hft. 2, p.

adopter, dans son principe, la méthode de Mackenrodt qui, pourtant, exécutée strictement suivant la description primitive, ne lui a fourni que des résultats précaires. Mais cette méthode, perfectionnée dans le sens de certaines modifications que Winter précise, deviendrait réellement efficace (1). Or, en réponse à cet article, Mackenrodt proteste dans un autre que ces modifications sont implicitement contenues dans sa première description et que s'il ne les a pas indiquées plus minutieusement, c'est qu'il était persuadé que ses collègues sauraient les y découvrir (2). Pourtant, d'autres gynécologues, indépendamment de Winter n'ont pas su davantage les y trouver. Ainsi Steinbüchel (3) et Knorre (4) qui, ayant comme Winter suivi scrupuleusement la technique opératoire indiquée dès le principe par Mackenrodt et n'ayant eu à enregistrer surtout que des récidives, souvent très rapides, ont également cherché, tout en la conservant, à perfectionner la méthode. Les modifications de Winter, Steinbüchel et Knorre portent essentiellement sur la hauteur à laquelle les sutures de fixation doivent s'élever sur l'utérus. Le plus haut possible, pensent-ils. Il est capital que la ligature supérieure corresponde (et il n'existe aucune indication analogue dans la première communication de Mackenrodt) immédiatement au fond de l'organe : « *s'éloigner, le plus possible*, écrit Steinbüchel, *du point de bascule de l'utérus, qui habituellement dans les rétroflexions siège au niveau de l'orifice interne, et dans les versions près du pôle inférieur de l'organe* (5) ». De plus, Steinbüchel insiste pour que le point de fixation sur le vagin soit choisi le plus fixe possible, ce qu'on obtiendra en le prenant sur le tubercule de l'urèthre, par conséquent très près du méat urinaire.

---

(1) WINTER. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 27, p. 625.

(2) MACKENRODT. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 29, p. 665.

(3) STEINBUCHEL. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 31, p. 713.

(4) KNORRE. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 51, p. 1178.

(5) *Loc. cit.*, p. 714.

Ce n'est pas tout! Dührssen (1) reprenant l'article de Winter et analysant les modifications que ce dernier dit avoir fait subir à la méthode Mackenrodt, s'attache à démontrer qu'en réalité ces modifications ne représentent rien de neuf, et qu'elles ne sont que des conditions complètement réalisées depuis longtemps dans sa propre méthode (Dührssen). Comme on le voit, il s'agit bien, si tant est qu'il en existe deux malgré l'avis de Dührssen, de deux méthodes rivales, objet des nombreux articles cités, auxquels il faut du reste en ajouter deux autres, un de Mackenrodt (2), et un de Winter (3).

Voici maintenant l'exposé de ces deux méthodes. D'abord celle de Mackenrodt dont nous traduisons la description qu'il en a donné tout récemment (4), et qui diffère beaucoup de la description trop laconique, pour être comprise comme il aurait désiré, qu'il avait faite dès le principe (5).

A) **Méthode de Mackenrodt.**

I. Abrasion de la muqueuse. — Suppression des conditions anormales, éventuelles du col et de la portion vaginale.

II. Décollement de la vessie. — Porter sur la lèvre antérieure du col deux pinces, et une sur le tubercule vaginal de l'urèthre. Puis, soulevant le tubercule uréthral et attirant en bas la portion vaginale du col, tendre le cul-de-sac antérieur du vagin; inciser ensuite, sur la ligne médiane, la paroi antérieure du vagin, y compris le cul-de-sac vaginal, jusque sur la portion vaginale du col. La paroi antérieure du vagin incisée, en décoller les deux moitiés de la vessie, puis, de chaque côté de l'incision vaginale, saisir la paroi du vagin avec des pinces de Kœberlé et maintenir la plaie écartée. A

(1) Dührssen. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 30, p. 681.

(2) Mackenrodt. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 32, p. 737.

(3) Winter. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 36, p. 825.

(4) *Berliner klinisch. Wochensch.*, 1894, nºs 31 et 32, p. 713, 734.

(5) *Deutsch. med. Woch.*, 1892, nº 22, p. 492.

ce moment, la paroi antérieure de la vessie se présente à découvert; la saisir avec précaution avec une petite pince au-dessus de la portion vaginale du col et la soulever. De cette façon, on tend le septum vésico-vaginal qu'on ouvre par de larges et profondes incisions latérales, soit au bistouri, soit aux ciseaux. Cette libération bilatérale falciforme doit être continuée vers les parties supérieures le plus loin possible, pour que, dans la suite, le corps de l'utérus puisse facilement, à travers l'ouverture faite dans ce dur septum, se placer au-dessous de la vessie réclinée. Cela fait, avec le doigt, et en pressant fortement sur la paroi antérieure de l'utérus qu'on maintient, s'il est besoin, en rétroversion au moyen d'une sonde introduite dans la cavité utérine, on décolle d'abord la vessie du col utérin jusqu'au point de réflexion du péritoine, puis, continuant plus haut, on la détache de son propre revêtement, c'est-à-dire du feuillet antérieur du cul-de-sac vésico-utérin, en somme dans une étendue correspondant à toute la surface antérieure de la matrice.

Jusqu'à ce moment de l'opération, la vessie a été, à dessein, maintenue tendue soit par de l'eau, soit par l'urine. On l'évacue alors avec le cathéter.

III. OBLITÉRATION DU CUL-DE-SAC VÉSICO-UTÉRIN. — Un peu au-dessus du pli de réflexion du péritoine enfoncer, à travers le cul-de-sac vésico-utérin et à traver l'utérus ; une aiguille solide, à forte courbure, qu'on fait cheminer obliquement de droite en haut et obliquement de gauche en bas et qu'on repique une seconde fois un centimètre plus haut parallèlement au premier trajet (von schäg rechts oben nach schräg links unten und parallel dem ersten stich ein weiteren cent. höher ein zweites Mal durchgestochen). Cela fait, on saisit le fil (catgut spécialement préparé de manière à être peu résorbable), la sonde est retirée de la cavité utérine, les pinces enlevées de la portion vaginale du col, et, à l'aide du fil, on attire fortement l'utérus, pendant qu'avec le doigt on repousse en arrière la portion vaginale du col. L'utérus se redresse et le corps de l'organe apparaît dans la plaie.

On lie alors solidement le fil tandis qu'avec l'index ou un crochet mousse on récline la vessie. Les bords de la plaie sont, comme au début, maintenus écartés avec les pinces de Kœberlé. Si, maintenant, on tire fortement, bien qu'avec précaution, sur le fil noué, et qu'on repousse plus haut, sous le contrôle de la vue, la vessie en s'efforçant le plus possible de ne pas léser le péritoine, une plus large étendue de la face antérieure de l'utérus apparaît qu'on pique avec une nouvelle aiguille comme précédemment. Une fois ce nouveau fil noué, on continue de la même manière jusqu'à ce que le péritoine soit en haut solidement suturé à l'utérus. Parfois, trois ligatures suffisent; plus souvent l'auteur en a employé six à huit (1).

Mackenrodt, un peu plus loin, insiste tout particulièrement sur l'importance qu'il y a à produire la soudure des deux feuillets séreux du cul-de-sac vésico-utérin. Condition capitale dont la non-réalisation serait, d'après lui, l'origine de la plupart des récidives. Il faut amener la disparition de ce cul-de-sac, fixer l'utérus au feuillet antérieur de ce pli péritonéal, et ce feuillet au vagin. A défaut de cette précaution, la vessie finit toujours par s'insinuer entre ce feuillet et le vagin, refoule en bas le vagin que, progressivement, elle éloigne de l'utérus.

IV. VAGINO-FIXATION. — On enlève maintenant du vagin les pinces Kœberlé, et on excise de chaque côté leurs empreintes par une section rectangulaire aux ciseaux ◇, perte de substances dont la réunion sagittale produira un allongement de la paroi vaginale au voisinage de la paroi utérine (*Quand il y a du prolapsus, on réséque, de même façon, de chaque côté de la paroi vaginale un lambeau en rapport avec le degré du prolapsus*). Si, maintenant, on tire sur les fils d'oblitération du cul-de-sac vésico-utérin tout en repoussant avec le doigt, un levier coudé ou une pince, le col en arrière,

(1) Comme on le voit, il s'agit ici de ligatures surtout d'*oblitération du cul-de-sac vésico-utérin*, ligatures qui servent aussi efficacement à amener l'utérus dans la plaie vaginale.

l'utérus se présente, dans toute son étendue, en avant de la plaie vaginale qui, sans tiraillements et sans plis, s'étend régulièrement à côté de la paroi utérine. Immédiatement au-dessus de la suture la plus élevée d'oblitération du cul-de-sac vésico-utérin on porte maintenant un fil de soie ou de catgut résistant, qui fixe l'utérus au vagin et commence à fermer la plaie vaginale (Dans les derniers temps, Mackenrodt ne s'est servi que de catgut). On coupe alors les extrémités des deux sutures, qu'on abandonne, d'oblitération du cul-de-sac vésico-utérin les plus élevées et on noue le fil qui fixe l'utérus au vagin. Un centimètre plus bas nouvelle suture profonde prenant le vagin et l'utérus, et ainsi de suite jusqu'à la portion vaginale. La plupart du temps, il devient nécessaire, pour fermer complètement la plaie vaginale au-dessus de la suture supérieure de fixation de faire deux sutures vaginales complémentaires. *L'opération est alors terminée.*

Soins consécutifs. — Dans le vagin, pour recevoir les liquides venus de la plaie, et comme soutien de l'utérus, l'auteur place une certaine quantité de fine gaz iodoformée (un demi-mètre au moins), qui en est retirée le troisième jour. Les opérées sont maintenues au lit dans le décubitus dorsal quatorze jours. La vessie doit être évacuée toutes les deux ou trois heures, l'intestin une fois par jour.

STATISTIQUE DE MACKENRODT. — Du 1er janvier 1892 au 31 mai 1894, Mackenrodt et son assistant ont opéré 75 cas qu'il répartit aussi :

	CAS	GUÉRISONS	RÉCIDIVES
I. Rétroflexion de la puberté...	18	15	3
II. Rétroflexion puerpérale......	18	15	3
III. Rétroflexion compliquée de prolapsus................	39	39	0

Au total, 6 récidives.

« Malgré ces 6 récidives, écrit Mackenrodt, dont 5, à mon avis, auraient pu être sûrement évitées grâce à des indications et à une technique rigoureuses, la méthode, par des

résultats acquis, bien démontrés, mérite formellement d'entrer dans la pratique gynécologique. Ses résultats ne sont pas inférieurs à ceux de la ventro-fixation avec laquelle, d'ailleurs, elle ne saurait les trouver en conflit. Somme toute, *ce que la ventro-fixation permet d'obtenir dans les rétrodéviations fixes, on peut le demander à la vagino-fixation dans les rétrodéviations mobiles de la matrice* (1) ».

B) **Méthode de Dührssen.**

Voici la description qu'en fit l'auteur à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin dans une communication étendue et documentée qui fut le point de départ d'une discussion assez vive, au cours de laquelle se produisirent des appréciations fort divergentes sur cette méthode opératoire (2).

« En premier lieu, il faut, quand il en existe, étendre, assouplir les cordons para et périmétritiques, ou libérer, suivant la méthode de B. S. Schultze, ovaires et utérus de leurs adhérences. Après désinfection à fond des organes génitaux externes, de toute la région voisine, et du vagin avec une solution de lysol au centième, appliquer un spéculum-valve de Simon, et accrocher avec deux pinces la lèvre antérieure de l'utérus. L'utérus est ensuite lavé avec la solution de lysol à 1 p. 100 et curetté. La vessie étant, à l'aide d'une sonde d'homme, refoulée en avant et en haut, l'assistant de droite attire la portion vaginale jusqu'à la vulve, et l'opérateur trace sur le lieu d'insertion du cul-de-sac antérieur du vagin sur le col une incision transversale, superficielle, longue d'un centimètre. Il saisit alors la lèvre supérieure de cette incision avec une pince, la fait attirer fortement en haut, approfondit l'incision et la prolonge d'un centimètre de chaque côté avec des ciseaux. Lorsque cette incision,

(1) *Berlin. klin. Wochensch.*, 1894, n° 32, p. 742.
(2) *Cent. f. Gynæk.*, 1892, n° 47, p. 924.

comme il advient presque constamment chez les multipares, a sectionné le fascia pelvien, le chirurgien peut avec l'index décoller aisément la vessie de l'utérus. Cela fait, il introduit dans l'utérus une sonde courbe, analogue au cathéter de Fritsch-Bozeman, au moyen de laquelle, en en abaissant le manche, l'assistant de gauche qui jusqu'à cet instant n'a eu qu'à assurer l'irrigation (solution de lysol à un demi pour 100) du champ opératoire, refoule contre l'index de l'opérateur le fond de l'utérus. Sous le contrôle de ce doigt, l'opérateur saisit, *aussi haut que possible*, la paroi antérieure de l'utérus dans une ligature à la soie, transversale, qui n'est pas nouée, mais que l'assistant de droite tire fortement en bas. On peut, ainsi, porter successivement deux, trois et même quatre ligatures, chacune d'elles toujours un peu plus haut, en sorte que la ligature la plus élevée traverse la paroi utérine à la hauteur de l'extrémité de la sonde.

En tirant alors fortement sur ces ligatures, en quelque sorte ligatures de direction, véritables guides, principalement sur la supérieure — et à ce moment il est prudent que l'assistant de gauche retire un peu la sonde — on mobilise suffisamment l'utérus pour que le chirurgien puisse appliquer trois sutures sagittales qui prennent d'abord, immédiatement au niveau de la plaie, dans le cul-de-sac vaginal, la paroi antérieure du vagin, sauf la muqueuse, puis le fond de l'utérus. Cette ligature nouée, les ligatures de traction sont enlevées, les trois fils de fixation coupés courts et entièrement perdus, de ce fait que la plaie vaginale transversale, correspondant au cul-de sac vaginal, est réunie par une suture continue au catgut. Après enlèvement de la sonde, injection utérine et tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. Après l'opération, l'utérus est en antéflexion, le fond de l'organe un peu déjeté à droite, quand la sonde n'a pas été maintenue exactement sur la ligne médiane. Durée moyenne de l'opération : dix minutes.

Soins consécutifs. — L'opérée doit garder le lit huit jours et renoncer encore plus longtemps aux travaux pénibles.

Comme *conséquences fâcheuses*, Dührssen avait constaté, après l'opération, du ténesme vésical et des méno ou métrorrhagies. Dans un cas, plusieurs mois après l'opération, les trois sutures à la soie furent expulsées avec l'urine.

Telle est la description faite en 1892, par Dührssen, de sa méthode opératoire, du moins telle qu'elle a été présentée dans le « *Centralblatt*. Mais dans son travail plus récent, publié en réponse aux articles de Mackenrodt et de Winter sur le même sujet, Dührssen a indiqué quelques modifications qu'il a apportées à son procédé, eu égard en particulier à la manière de placer les fils de fixation. D'autre part, il a plus particulièrement insisté sur certains points de technique et éclairé sa description par des figures très explicites. Nous croyons utile de reproduire, figures comprises, cette partie de son nouveau travail (1).

« L'assistant de droite a une mission difficile. De la main droite, il doit pousser en haut et en avant l'extrémité du cathéter vésical, et avec la pince supérieure tirer fortement en haut la lèvre de la plaie vaginale, afin de faire pour ainsi dire bâiller le plus possible le fond de la plaie, et fournir ainsi un espace suffisant à l'index et à l'aiguille de l'opérateur. De la main droite, le même assistant doit encore, en tirant sur les deux pinces fixées dans la lèvre antérieure du col, attirer fortement la portion vaginale en arrière. Dès que le chirurgien a placé la première suture provisoire et noué ses extrémités en une sorte de ganse, l'assistant abandonne un instant les pinces, saisit la ganse qu'il enroule autour de sa main, puis reprend les pinces et tire sur le fil et les pinces fortement en bas (2). De même le rôle de l'assistant de

(1) *Centr. f. Gyn.*, 1893, nº 30, p. 690.

(2) Il faut tirer simultanément sur les pinces et sur le fil. Tirer isolément sur l'un ou l'autre de ces objets serait une faute. Quand le chirurgien dispose d'une assistance suffisante, mieux vaut confier à une garde, une infirmière, le soin de tirer sur les pinces.

La mission de l'assistant de droite paraît en effet assez compliquée. Il

gauche doit toujours être soumis au contrôle du chirurgien.

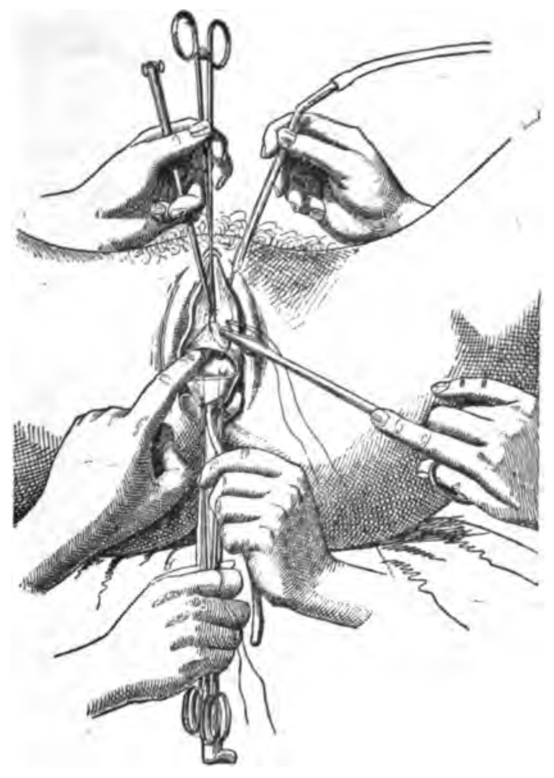


FIG. 1.

faut qu'il soit expérimenté et fort vigilant. Aussi, pour rendre sa tâche plus simple, Orthmann a-t-il cherché à réduire le plus possible le nombre d'objets confiés à cet assistant. Il remplace les deux pinces qui accrochent le col et la sonde utérine par un instrument unique, sorte de *pince-sonde*, séparable en deux branches comme le forceps, s'articulant même à la manière du forceps de Naegelé, l'une des branches incurvée, plus longue que l'autre et figurant la sonde, l'autre pourvue de deux crochets solides et de plusieurs rainures constituant la pince, qui assure une prise solide sur la matrice et permet de l'abaisser fortement. D'autre part, comme technique opératoire, Orthmann adopte dans l'ensemble celle de Mackenrodt décrite dans le n° 29, p. 667, du *Centralblatt*, 1893. Dans ces derniers temps, on a, dans la clinique de A. Martin, opéré 10 cas suivant cette méthode, et dans 6 de ces cas on s'est servi avec avantage de la pince-sonde. De ces 10 cas, un, opéré environ un an auparavant, récidiva bientôt. L'auteur retrouva dans la profondeur

D'abord la sonde épaisse, construite sur le type des dilata-

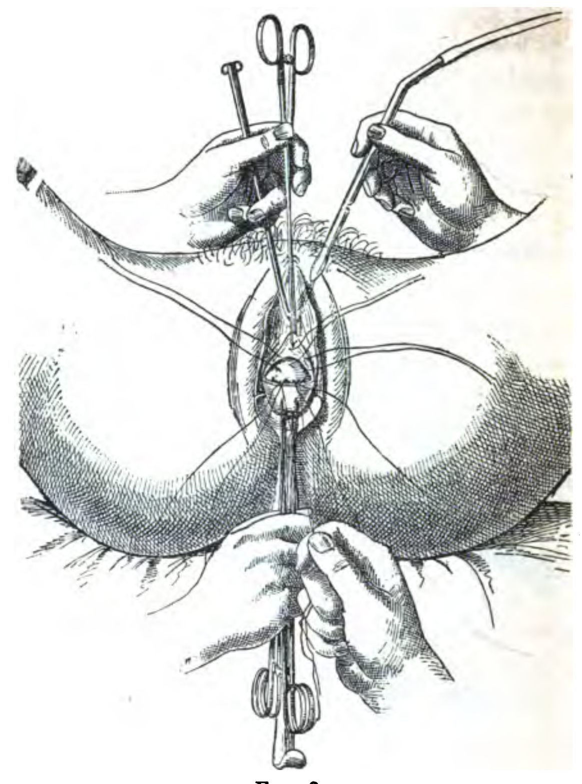
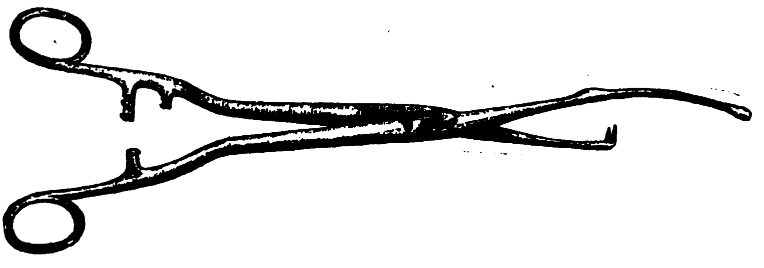


Fig. 2.

---

des tissus un fil d'argent, et réussit à fixer le fond de l'utérus 3 centimètres au-dessus de ce fil. En ce qui concerne les résultats définitifs, beaucoup de



temps est encore nécessaire avant qu'on soit autorisé à formuler des conclusions. (*Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 45, p. 1038.) R. L.

teurs de Schröder, qu'on introduit entre les pinces, doit toujours être maintenue exactement sur la ligne médiane. De plus, il faut que l'extrémité de la sonde réponde exactement au fond de la matrice. Or, quand l'autre assistant tire fortement sur les pinces et sur l'anse de fil, la plupart du

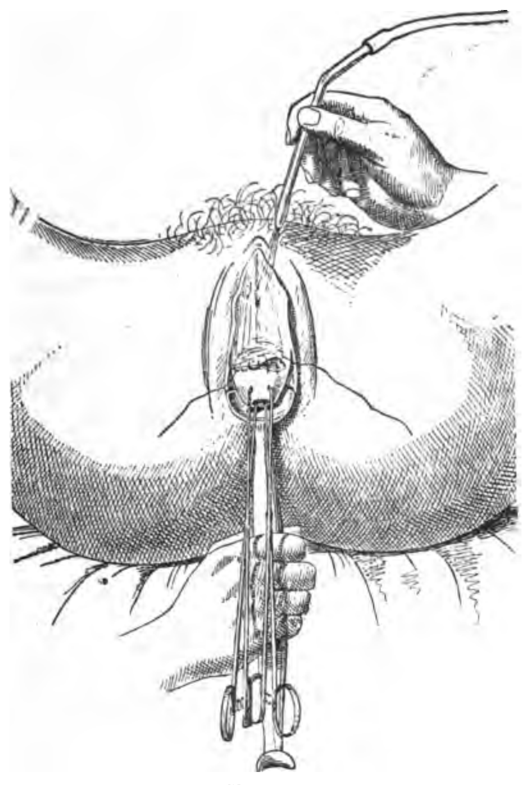


Fig. 3.

temps l'extrémité de la sonde risque d'être éloignée du fond de l'utérus et refoulée en bas. Aussi, une fois au moins, au cours de l'opération, le chirurgien doit-il prendre la sonde des mains de l'assistant et bien s'assurer, avec l'index porté dans l'espace vésico-utérin, que la sonde atteint bien le fond de l'organe, et dans le cas contraire avoir soin de

l'y ramener. Par contre, dans le cas de parois utérines flasques, ou bien quand l'assistant exerce une pression excessive, l'utérus risque d'être perforé. C'est là, à la vérité, un accident sans gravité parce que la perforation est fermée par la suture de fixation. Néanmoins, il rend plus difficile la fixation du fond de la matrice, car il n'est plus possible de maintenir la sonde exactement sur la ligne médiane, de peur qu'elle ne s'engage à nouveau dans la perforation.

Statistique de Dührssen (1) : Sur 114 cas, 102 guérisons, soit 89,4 p. 100. Or, il y avait un tiers de rétrodéviations mobiles pour deux tiers de rétrodéviations fixes. Sur ces 114 cas, 3 fois la guérison définitive ne fut obtenue qu'après répétition de l'opération. Deux des femmes guéries sont actuellement enceintes, une autre l'est aussi probablement, une quatrième opérée le 16 novembre 1890 est accouchée après une gestation normale, spontanément et facilement *à terme* le 23 mars 1892. De plus, le 7 juin, Dührssen constatait que l'utérus était en bonne situation et jouissait d'une mobilité normale. La femme restait absolument débarrassée de ses souffrances de jadis.

Influence réciproque de la grossesse, de l'accouchement et de l'hystéropexie vaginale. — Comme il

(1) Elle date déjà de l'année 1892.

On pourrait, à côté des statistiques de Mackenrodt et Dührssen, présenter les statistiques de Winter, Steinbüchel et Knorre. Mais, ces statistiques ne sont faites que de cas peu nombreux et trop récents pour modifier notablement le jugement qu'on peut déjà se faire sur les deux procédés en question. Disons, toutefois, que dans l'ensemble, ces statistiques sont beaucoup moins favorables que les précédentes. A ne citer que Knorre, voici ce qu'il écrit : « Dans cette seconde série (méthode de Mackenrodt modifiée) les résultats furent à la vérité meilleurs, mais non très satisfaisants. En tout 16 cas dont 5 trop récents pour entrer en ligne de compte. Restent 11 cas, pour apprécier les résultats définitifs. Or, sur ces 11 cas, 6 fois, et à très bref délai, l'utérus était de nouveau rétrodévié (4 fois, la récidive était chose faite 10-20 jours après l'intervention, 2 autres fois après 5 semaines). Donc, au total, 5 cas où l'utérus restait en bonne position et où les femmes, pour la plupart, étaient très allégées de leurs souffrances antérieures.

nous avait paru intéressant de rechercher quelle influence exerçait l'hystéropexie abdominale sur la grossesse et l'accouchement, et inversement l'influence de ces dernières sur l'utérus primitivement fixé à la paroi abdominale, nous nous sommes préoccupé de la même question à propos de l'utéro-vagino-fixation. Or, à ne juger que d'après les observations publiées déjà, d'ailleurs trop peu nombreuses encore pour hasarder des conclusions, l'impression, comme pour l'hystéropexie abdominale, reste favorable. Ainsi, sur un total de 49 femmes en état de devenir enceintes, Mackenrodt a observé 12 fois la grossesse chez 9 femmes. De ces grossesses, 6 étaient encore en évolution. Des 6 femmes dont il s'agit, 2 ont été perdues de vue, les 4 autres attendent la fin d'une grossesse qui évolue normalement. Il y a eu 4 accouchements et 2 avortements. Des 4 accouchements, 2 se sont terminés spontanément ; un autre a dû être terminé par le forceps, et le quatrième par la version à huit mois à cause d'hémorrhagies graves liées à une insertion du placenta. Des deux avortements, l'un a été spontané, et l'autre provoqué criminellement. L'avortement spontané s'est produit chez une femme qui, antérieurement, avait avorté deux fois déjà. *Toujours, l'utérus a été retrouvé en bonne position.* Dührssen dit qu'il a constaté sûrement trois fois l'état de grossesse, et probablement une fois. De ces grossesses, l'une s'est terminée à terme, spontanément et très rapidement. Il s'agissait d'une femme chez laquelle il avait fait non seulement la vagino-fixation, mais encore l'amputation de la portion vaginale. L'opération avait été faite le 16 novembre 1890 ; l'accouchement se fit le 23 mars 1892, et le 7 juin l'auteur constatait que l'utérus, toujours en bonne position, jouissait d'une mobilité normale. Knorre enfin a constaté une grossesse dont l'évolution s'accomplit d'une façon tout à fait normale.

Au résumé, les observations réunies jusqu'ici, bien que trop peu nombreuses, paraissent favorables. Et si l'on a déjà beaucoup discuté sur les deux méthodes, il faut reconnaître qu'on n'a pas encore dit le dernier mot à leur sujet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 juillet 1894.

CAUBET. **Syphilis héréditaire. Trois avortements. Quatrième grossesse : accouchement d'un monstre.** — X..., 28 ans, issue de mère syphilitique, réglée à 14 ans; à 15 ans chloro-anémie. Vers cette époque, apparition d'une gomme syphilitique au niveau d'une malléole. Mariée à 18 ans, mari sain. Première grossesse en 1885, *avortement* à huit mois et demi, *enfant mort-né*; deuxième grossesse en 1887, *accouchement prématuré* à huit mois, *enfant macéré;* troisième grossesse en 1892, avortement à deux mois. La femme étant atteinte de métrite muco-purulente, curettage. Un peu plus tard, apparition d'une gomme syphilitique au nez, traitement spécifique iodure (3 gr. d'iodure de potassium par jour). Survient une quatrième grossesse qui pour la première fois arrive *à terme*, pas d'hydramnios; accouchement spontané d'un *enfant vivant*, mais atteint de malformations multiples dont les principales sont : un bec-de-lièvre compliqué; l'imperforation de l'urèthre; pied bot varus équin du pied droit.

Discussion. — BUDIN fait remarquer qu'il y aurait eu intérêt à faire des recherches pour voir si l'on a pas déjà publié des observations semblables. Existe-il entre la syphilis et les malformations congénitales la même relation de cause à effet qu'entre la syphilis et l'hydramnios ?

BRINDEAU. **Rétrécissement congénital de l'intestin.** — Nouveau-né qui, dès le surlendemain de sa naissance, se mit à vomir tout le lait qu'on lui donnait. De plus, il n'y avait pas de garde-robes. Après avoir constaté, aussi haut que possible, que le gros intestin était libre, et donné un lavement pour essayer de provoquer une débâcle, la laparotomie fut faite, qui permit de constater, après étalement de tout l'intestin sur des compresses bouillies, un rétrécissement très accusé de l'intestin grêle, au voisinage du cæcum. Tout le gros intestin est rétracté et paraît vide. La partie

rétrécie est dure et il est impossible de faire circuler les matières situées au-dessus. Incision entre deux pinces et abouchement des deux bouts dans la plaie; fermeture du ventre (suture à la soie). Tentatives prolongées pour désobstruer l'intestin. *Mort* neuf heures après l'opération.

LOVIOT. *Faits cliniques* : 1° **Opération césarienne chez une femme à bassin normal, au cours d'une grossesse normale méconnue.** — Le titre seul indique qu'il s'agit de quelque chose de bien spécial. Et en effet, il y a eu erreur de diagnostic, ensuite de laquelle on fit une opération grave, qu'on eût sans doute éviter avec un peu plus d'attention. Loviot, chez une nourrice, constate suffisamment de symptômes pour affirmer, ou à peu près, une grossesse à trois mois. Or, cette nourrice incrédule, va plus tard dans un hôpital, prétend qu'elle n'est pas enceinte, et après examen et avis de l'accoucheur et du chirurgien, subit une opération dirigée contre une soi-disant tumeur, qui se traduit bientôt sous forme d'un enfant qui, à peine extrait, se met à crier vigoureusement. *Conclusion* : Ne pas intervenir trop précipitamment chez des femmes bien portantes dont les tumeurs toutes physiologiques entreraient au temps prescrit en résolution spontanée.

2° **Présentation du siège décomplété** (mode des fesses), S. I. D. P., constatée deux mois avant l'accouchement chez une primipare. — Tentative infructueuse de version par manœuvres vagino-abdominales un mois avant l'accouchement, après anesthésie complète par le chloroforme. Innocuité de ces manœuvres. Suppression du point douloureux abdominal (hypochondre droit) après les manœuvres vagino-abdominales. Accouchement à terme d'un garçon pesant à peine six livres, à bassin étroit, à membres inférieurs très longs, de telle sorte que le siège et les cuisses relevées formaient une masse d'un volume sensiblement inférieur à celui de la tête fœtale. Pas de circulaire du cordon qui présentât une longueur normale. Loviat pense que l'échec des tentatives de version doit être attribué à la configuration un peu spéciale de l'enfant (bassin étroit, longueur insolite des membres inférieurs).

Discussion. — GUÉNIOT, appelé auprès d'une parturiente, la dilatation étant complète et la poche des eaux intacte, comme il existait une présentation du tronc, fit des tentatives externes de réduction qui échouèrent. Introduisant alors la main pour prati-

quer la version, il trouva d'abord un vide. Le fœtus était tout au fond de la matrice, par suite d'un enroulement du cordon. Dès tentatives de réduction imprudentes eussent pu produire soit un arrachement du cordon, soit un décollement prématuré du placenta.

DEVY. — **Note n'ayant d'autre objet que de préciser, dans le type idéal du bassin normal féminin, la hauteur moyenne** du promontoire et de la pointe du coccyx, par rapport aux lignes horizontales sus-pubienne et sous-pubienne.

L'auteur a trouvé : hauteur du promontoire à la ligne horizontale sus-pubienne, 9 centim. 5; hauteur du promontoire à la ligne horizontale sous-pubienne, 11 centim. 75; hauteur du coccyx à la ligne horizontale sous-pubienne, 1 centim. 56. Ces résultats se rapprochent beaucoup de ceux indiqués par Noegelé et Tarnier et Chantreuil. Par contre, ils s'écartent de ceux donnés récemment par Poirier.

LARDENNOIS. — **Accouchement spontané et facile chez une primipare cyphotique, à rétrécissement marqué du détroit inférieur.** — X..., 27 ans, rachitique, taille 1 m. 24. Dernières règles, le 20 septembre. Accouchement spontané le 24 juin, d'un enfant du poids de 2 kil. 870; diamètres B.P. et B.T. inférieurs à la normale.

Examen de la colonne vertébrale et du bassin de la femme. — *Colonne vertébrale.* — On constate une cyphose bien marquée formée par la colonne dorsale et la première lombaire, assez basse par conséquent pour amener des altérations considérables dans la forme du bassin. Au-dessous, la colonne lombaire forme une courbure compensatrice; de plus et contrairement à la règle générale, le sacrum décrit une convexité bien nette. Enfin une scoliose très légère, convexe à gauche, au niveau de la colonne dorsale, qui ne paraît pas avoir influé sur le bassin.

Bassin. — Celui-ci est mesuré soigneusement avec le pelvimètre, et nous trouvons :

Grand bassin,	diamètre bi-épineux......	23 cent.	(24)
—	diamètre bi-crête.........	25 cent.	(28)
—	bi-trochantérien..........	28, 5	(32)
Détroit inférieur,	diamètre coccy-pubien.	8, 1/2	(8 1/2)
—	bi-ischiatique..........	7 cent.	(10)

De plus, par le toucher vaginal, on sent les épines sciatiques assez saillantes, mais moins cependant que dans la plupart des bassins cyphotiques et ce détail a son importance.

En somme, bassin cyphotique typique, en entonnoir avec diminution surtout marquée pour le diamètre bi-ischiatique.

L'auteur relève la facilité avec laquelle s'est faite la sortie de la tête malgré le notable rétrécissement du diamètre bi-ischiatique. Différents facteurs ont sans doute concouru à cette issue : développement de l'enfant un peu inférieur à la moyenne ; diamètre bi-sciatique relativement assez large, les épines sciatiques n'étant pas aussi saillantes qu'elles le sont habituellement dans les bassins cyphotiques ; léger agrandissement possible sous l'influence de l'accouchement, par suite de la laxité des articulations sacro-iliaques, laxité de la symphyse. Quant au pronostic pour les grossesses futures, il doit être réservé. Ainsi Puech sur 30 accouchements, chez 20 cyphotiques, n'a relevé qu'un seul accouchement à terme, spontané.

Discussion. — Indépendamment des facteurs favorables signalés par l'auteur, BUDIN relève dans l'observation même que le diamètre coccy-pubien mesurait 8 centim. et demi ; que par suite la distance de l'extrémité du sacrum au bord inférieur de la symphyse devait être de 10 centim. et demi environ. Or, quand la pointe du sacrum est éloignée du pubis, l'ouverture du détroit inférieur est beaucoup plus grande et il n'existe que peu de difficultés pour le passage de la circonférence céphalique. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — DES FIBRO-MYOMES

Étiologie des fibro-myômes (Zur Ætiologie der Fibro-myome), par PROCHOWNIK. *Deut. med. Woch.*, 1892, n° 7, p. 140)

L'auteur rapporte quatre cas de myômes utérins développés chez des femmes de 29 à 40 ans, peu de temps après l'infection syphilitique. Sous l'influence du traitement spécifique, les tumeurs ont notablement diminué de volume, et les phénomènes cliniques (métrorrhagies, douleurs de ventre et de reins) disparu. Dans un

cas où il existait des tumeurs multiples, une sous-jacente à la muqueuse fut extirpée, et l'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas de syphilome, mais bien d'une tumeur myomateuse. Du reste, les caractères et la marche de ces tumeurs, dans tous ces cas, n'étaient nullement ceux de syphilomes.

En se basant sur ces observations, l'auteur émet l'opinion que, dans certains cas de prédisposition spéciale, la syphilis peut jouer le rôle d'agent d'irritation spécifique et donner lieu au développement d'un myôme utérin. A. B.

Trois ans de pratique du traitement électrique des fibromes utérins, 44 cas (Three years experience with the electric treatment of fibroïd tumors, applications with a report of forty-four cases), par W. L. BURRAGE, de Boston. *Amer. J. of obst.*, 1894, 1er mars, p. 320, 343.

Résumé des conclusions : 1° L'hystérectomie est contre-indiquée dans la plupart des fibromes, à cause de sa mortalité, et parce qu'elle prive la femme de son sexe.

2° L'électricité est le meilleur moyen dont nous puissions disposer contre la douleur, l'hémorrhagie et l'affaiblissement des malades.

3° La galvanisation intra-utérine est le meilleur procédé.

4° Nous ne devons pas rechercher une diminution permanente de la tumeur.

5° La galvanisation vaginale, utérine ou la ponction ne causent pas d'abcès ni d'adhérences.

6° La galvanisation n'est pas un moyen de reconnaître la présence du pus.

7° Le traitement d'Apostoli est absolument sans danger.

8° Tout fibrome doit être surveillé, à cause des complications.

A. CORDES.

De l'électrolyse dans le traitement des myo-fibromes utérins (La elettrolisi nella cura de mio-fibromi dell'utero), par CANDIA, *Giornale internazionalle de mediche*, 1892, p. 900.

De ses observations personnelles l'auteur conclut à l'efficacité réelle de l'électrolyse intra-utérine (méthode d'Apostoli) ; elle diminue les pertes sanguines et les douleurs. Il recommande le renversement du courant dans le cours de la séance, surtout quand il y a des douleurs. Dans les fibromes douloureux non hémorrha-

giques le pôle intra-utérin doit être le négatif. L'intensité du courant doit varier entre 50 et 130 milliampères, sans aller jusqu'à 300 comme quelques auteurs l'ont recommandé.

Ce traitement électrique est inutile dans les fibromes sous-péritonéaux pédiculés et dans les cas de lésions concomitantes du côté de l'ovaire ou des trompes. P. MAUCLAIRE.

Les myômes utérins, leur traitement (Myoma uteri and its treatment), par A. F. CURRIER, de New-York. *Amer. J. of obst.*, 1894, 1er janvier, p. 19.

Currier reconnaît que la méthode d'Apostoli diminue les symptômes les plus urgents des myômes, mais il ne la trouve pas *radicalement curative*. L'ergot n'est pas sans danger, il a causé la gangrène et la septicémie.

L'ablation des ovaires et des trompes ne fait pas toujours cesser les hémorrhagies causées par la tumeur. On est donc souvent forcé de recourir à l'ablation de l'utérus et de la tumeur.

L'auteur termine son mémoire en disant que « nous devrons « bientôt recourir aux mesures radicales dans le traitement des « myômes, plus fréquemment qu'on ne le croit nécessaire main- « tenant ». A. CORDES.

Dangers et complications des fibromes utérins (Dangers and complications of uterine fibroids), par S. C. GORDAN, de Patland. *Amer. J. of obst.*, 1893, II, p. 106.

Gordan est nettement partisan de l'hystérectomie qui donne tout au plus 15 p. 100 de morts; et il affirme que c'est le devoir du médecin de donner aux malades les chances de guérison, malgré le danger de l'opération. « La malade est presque prête à sup- « porter le risque à cause de l'espérance ». Le danger constitué par la tumeur elle-même est plus grand que celui de l'opération si elle est faite en temps utile.

L'auteur a vu des fibromes prendre un développement rapide après la ménopause. A. CORDES.

De quel droit appelle-t-on la résection des trompes et des ovaires et l'énucléation des myômes « *un amusement chirurgical* »? (By what authority are resection of the Fallopian tubes and ovaria, and the enucleation of myomata characterized as « surgical amuse

ment » ? par A. Martin, de Berlin. *Amer. Journ. of obst.*, 2 août 1891, p. 240.

L'auteur réserve le mot *castration* pour le cas où l'on enlève des ovaires sains; il appelle *oophorectomie* l'enlèvement des ovaires, dans les cas où le traitement médical n'est pas suffisant.

Il affirme que « la santé générale est plus souvent défavorable- « ment influencée par la castration que par l'oophorectomie « double ».

Il admet l'utilité de la castration dans le traitement des fibromes; mais il préfère attaquer la tumeur elle-même.

Il cite 208 cas d'*opérations conservatrices* faites par lui, avec 29 morts. Ce sont ces opérations qu'on a nommées : « *un amusement chirurgical* » : et c'est leur application qu'il défend.

A. Cordes.

Contribution à la technique de l'hystérectomie sus-pubienne (A contribution to the technique of supra-pubic hysterectomy), par J. Eastman, d'Indianopolis, *Am. J. of obst.*, 1891, 1er mai, p. 621.

Eastman cherche à diminuer le plus possible le nombre des ligatures, et il a fait fabriquer un instrument, sorte de gouge, dont les bords sont dentelés, pour énucléer les tumeurs.

A. Cordes.

Hystérectomie, indication et technique (Hysterectomy, indication and technique), par J.-M. Baldy, de Philadelphie. *Amer. J. of obst.*, 1893, 2 novembre, p. 573.

L'auteur rejette les statistiques générales, à cause de leurs inexactitudes, et se borne à tirer ses conclusions de son expérience personnelle.

Les *indications* de l'hystérectomie sont :

Les tumeurs malignes de l'utérus;

Les fibromes utérins;

Les inflammations pelviennes ;

Le prolapsus utérin;

Le retournement (inversion) de l'utérus;

Ces indications sont souvent *relatives*, et non toujours *absolues*.

Puis Baldy entre dans la description de ces procédés, accompagnée de figures, sans lesquelles les détails techniques minutieux ne sont guère intelligibles, et ne peuvent guère trouver place dans un résumé nécessairement très court. A. Cordes.

La technique de l'hystérectomie totale dans le cas de fibrome (The technique of total extirpation of the fibromatous utérus), par Edebohls, de New-York. *Amer. J. of Obst.*, 1893, 2 novembre, p. 606.

La plupart des fibromes et des myômes utérins ne demandent aucun traitement; lorsqu'il faut les traiter, ce ne peut être, d'après l'auteur, que par une opération.

Pour l'extirpation totale, Edebohls propose le mot *panhystérectomie*, le mot hystérectomie ne pouvant s'appliquer à l'amputation sus-vaginale.

Il ne croit pas que, bien faite, l'extirpation totale soit plus dangereuse et plus difficile que l'amputation sus-vaginale.

Il désinfecte l'utérus, le tamponne avec la gaze sublimée, et fait de même pour le vagin, puis il met la patiente dans la position de Trendelenburg.

Il n'est pas possible de suivre l'auteur dans l'exposé de sa technique opératoire, je dois me borner à dire que son procédé permet de faire aisément la ligature des artères utérines, d'éviter autant qu'il se peut les lésions des uretères. A. Cordes.

Le traitement du pédicule par la méthode extra-péritonéale dans l'hystérectomie supra-vaginale (The extra-peritoneal treatment of the stump in supra-vaginal hysterectomy), par Joseph Price, de Philadelphie. *Amer. J. of obst.*, 1893, 2 novembre, p. 619.

Price insiste sur l'utilité qu'il y a à simplifier l'opération afin de la faire durer moins longtemps, et il se déclare en faveur du traitement par la méthode supra-péritonéale. Ce mémoire plein de verve et d'originalité comme tout ce qu'écrit J. Price, mérite d'être lu dans le texte. A. Cordes.

Du traitement rétro-péritonéal du pédicule dans les opérations pour myômes (Zur « retroperitonealen » Stielversorgung bei Myomoperationen), par Hofmeier. *Cent. f. Gyn.*, 1893, n° 48, p. 1105.

Du traitement péritonéal du pédicule dans la myomotomie (Zur « retroperitonealen » Stumpfversorgung bei Myomotomie), par R. Chrobak. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 2, p. 33.

Dans le n° 35 du *Cent. f. Gyn.*, 1891, Chrobak avait publié un travail sur le *traitement rétro-péritonéal du pédicule*, travail que nous avons analysé vers cette époque. En faveur de son pro-

cédé, Chrobak invoquait surtout le défaut de parallélisme de la suture séreuse et de la suture du moignon, puis les avantages d'une suture obtenue sans tiraillements des lambeaux, du maintien de la perméabilité du col, et de la possibilité, grâce à cette perméabilité, d'assurer, au moyen d'une mèche, le drainage par le canal cervico-vaginal. Dans ce même travail, Chrobak notait que, par certains points, sa technique opératoire se rapprochait d'une méthode indiquée antérieurement par Hofmeier.

Actuellement, après avoir constaté que depuis le travail de Chrobak les auteurs qui se sont occupés du même sujet n'ont fait allusion qu'à ce dernier travail, tandis que le sien restait méconnu ou oublié, Hofmeier rappelle que, dès 1888, au congrès de gynécologie tenu à Halle, il avait décrit une méthode opératoire qui, à son avis, réalisait déjà tous les perfectionnements reconnus à celle de Chrobak. De fait, Hofmeier avait pensé déjà à laisser, après une désinfection énergique, le moignon cervical ouvert, pour permettre l'écoulement par le vagin des liquides (sérosité, sang) sécrétés au niveau de la plaie, tout en préservant la cavité péritonéale par la réunion exacte et solide, au moyen d'une suture continue au catgut, de la manchette péritonéale taillée préalablement. Hofmeier termine par le résumé des résultats qu'il a obtenus avec son procédé. Ils ne sont pas très encourageants : sur 11 cas, 5 morts. Mais, à l'analyse, l'auteur montre qu'un certain nombre des décès n'incombent pas à la méthode.

Visant cet article, Chrobak se défend d'avoir voulu attacher son nom à cette « méthode de traitement du pédicule ». Il reconnaît, comme il l'avait du reste déjà formellement noté dans son précédent article, les points communs que le procédé d'Hofmeier a avec le sien (perméabilité du canal cervico-utérin, possibilité de l'écoulement des liquides, etc.). Mais il ne saurait concéder que le trait essentiel, suivant lui, de la méthode, défaut de parallélisme de la suture séreuse et de la plaie du moignon, soit aussi sûrement réalisé par la manière de faire d'Hofmeier. Assurément, cette condition peut ainsi, *accidentellement*, être réalisée, mais, dans son procédé, elle l'est *sûrement*, grâce à l'inégalité des lambeaux. Quant aux résultats obtenus, ils sont supérieurs à beaucoup de ceux annoncés dans ces dernières années. Sur 46 opérations rétro-péritonéales, pratiquées par lui ou ses assistants, il compte 4 décès seulement, et par septicémie.

Mais, s'il rapproche ces résultats de ceux obtenus avec l'hystérectomie totale, l'avantage reste à cette dernière qui a donné, sur un total de 29 opérations seulement 2 morts, dont l'une sans rapport de causalité, avec l'opération (perforation de l'intestin consécutive à une ulcération antérieure), et l'autre par faute opératoire (ligature des deux uretères). R. L.

Extirpation par les voies naturelles d'un fibrome utérin non pédiculé, par Duval. *Journ. des sc. méd.*, Lille, 1892, p. 161.

La tumeur s'implantait par une large surface au niveau de la partie latéro-supérieure de la cavité utérine ; par son pôle inférieur, elle faisait une légère saillie au niveau du col. Les lèvres du museau de tanche ont été largement incisées jusqu'au cul-de-sac vaginal ; un serre-nœud put alors être introduit pour extirper totalement la tumeur. Étant donnée la dégénéresconce myxomateuse fréquente dans le cas de polypes, Duret fit un curettage utérin. Cette dégénérescence, décrite par Virchow, se caractérise par un aspect velouté, une consistance friable de la muqueuse ; elle occasionne des métrorrhagies et met un obstacle à la guérison rapide.

Dans un autre cas, pour un fibrome interstitiel, Duret fit la dilatation du col ; la tumeur fut ensuite incisée et énucléée facilement, évitant ainsi l'hystérectomie. P. Mauclaire.

Le traitement opératoire des fibro-myômes utérins (The operative treatment for myo-fibroms of the uterus), par H.-J. Boldt, de New-York. *Amer. J. of obst.*, juin 1893, I, p. 832.

L'auteur n'a jamais obtenu de l'électricité la diminution des fibro-myômes ; l'ergot et le curettage ne lui paraissent pas suffisants. Il recommande donc l'hystérectomie totale.

L'auteur rapporte 21 cas ; 10 opérées succombèrent : une, à une pneumonie compliquée de néphrite chronique, trois au *choc*, deux à l'anémie.

Boldt commence l'opération par le vagin, puis l'achève par la laparotomie. A. Cordes.

Extirpation totale de l'utérus dans un cas de fibro-myôme compliqué de grossesse (Total extirpation of the uterus for myo-fibroma

complicated by pregnancy), par CH. N. SMITH, de Toledo. *Amer. J. of Obst.*, 1894, II, sept., p. 365.

La tumeur pesait huit livres. L'opérée se remit sans accidents.

A. CORDES.

La ligature élastique dans l'hystérectomie sus-vaginale (The elastic ligature in supra-vaginal hysterectomy), par R. STAMBURY SULTAN, de Pittsburgh. *Amer. J. of obst.*, juin 1893, I, p. 866.

L'auteur préfère traiter le pédicule par la méthode extra-péritonéale dont les statistiques sont préférables.

Le col de l'utérus n'étant pas incompressible, Sultan le serre avec une ligature de 5 millim. de diamètre, ou avec un tube de caoutchouc dont le diamètre intérieur a 4 ou 5 millim. qu'il passe, deux fois autour du pédicule, au-dessous de la broche qui le traverse, et il le fixe par un double nœud et par un lien de forte soie.

La technique opératoire est celle de Hegar, décrite par Pozzi, dont Sultan reproduit les figures (p. 312 et 313 de l'édition française).

Il se loue fort de ce procédé. A. CORDES.

Nouvelle méthode de traitement des myômes utérins, sans ablation de l'utérus, par la ligature des artères utérines et ovariennes (A new method of treatment of uterine myoma without removal of the uterine by ligation of the ovarian and uterine arteries), par BYRA ROBINSON, de Chicago. *Amer. J. of Obst.*, 1894, 1er avril, p. 484.

Cette opération favorise :

1° L'atrophie du myôme;

2° La cessation de la menstruation ;

3° L'atrophie de la force et la cessation des hémorrhagies.

A. CORDES.

Formation kystique, à revêtement épithélial vrai, dans les myômes utérins (Ueber wahre Epithel führende Gystenbildung in Uterusmyomen), par C. BREUS, Vienne, 1894.

Les tumeurs décrites par Breus comme formation kystique, à revêtement épithélial vrai, dans les myômes utérins, sont-elles des myômes vrais? (Sind die von C. Breus als Falle von wahrer epitelfüh-

render Gystenbildung in Uterusmyomen beschriebenen Geschwülste echte Myome des Uterus?) *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 6, p. 129.

De la question des kysto-myômes (Zur Cystomiomfrage), par C. Breus. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 17, p. 401.

Parmi les tumeurs fibro-myomateuses de l'utérus, et plus particulièrement parmi les fibro-myômes kystiques, il est une variété, rare entre toutes, et dont le caractère propre, différentiel, réside dans la présence de cavités kystiques, à revêtement épithélial cylindrique et vibratile. Ainsi, Routh et Casin ont trouvé, dans l'épaisseur de fibromes utérins, des diverticules glandulaires qui pourraient bien être le point de départ de kystes (1). Récemment, C. Breus a publié un travail fort intéressant, basé sur deux cas de tumeurs volumineuses kystiques de l'utérus, composées d'un certain nombre de cavités, communiquant entre elles, contenant un produit de sécrétion épais, allant du brun-chocolat au gris-brun, cavités à revêtement épithélial, présentant en outre, histologiquement, de grandes analogies avec les fibro-myômes utérins. « L'une des tumeurs contenait sept litres de liquide, l'autre avait la grosseur d'une tête fœtale. Les cavités étaient pourvues d'un épithélium cylindrique, vibratile. Les parois étaient formées de faisceaux musculaires et de tissu conjonctif, rappelant la structure des myômes. Quant à la paroi extérieure, contrairement aux cloisons internes, délimitant les différentes loges, cloisons plus ou moins minces, elle était très épaisse, et avait une grande ressemblance avec les myômes utérins (2) ».

Comment interpréter la nature de ces tumeurs? Nul doute, d'abord, que les éléments épithéliaux dérivent des canaux de Gærtner; que ces derniers par suite aient participé, plus ou moins, à la formation. Mais, dans quelle mesure, comme facteur principal ou secondaire? Breus, dans sa première communication, ne se serait pas prononcé nettement sur ce point, suivant Gottschalk. Ce dernier auteur rapproche ces deux passages du travail de Breus, qui offrent une certaine contradiction : 1° « Nous devons, dans ce cas, tenir la formation kystique comme secondaire, comme phénomène consécutif à la formation kystique, et accepter que l'exci-

(1) *Traité pratique de Gynécologie.* S Bonnet et P. Petit, 1894, note p. 401.

(2) Gottschalk. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 6, p. 129.

tation et l'hyperémie amenées par la formation kystique dans le tissu utérin avoisinant périkystique, ont provoqué à ce niveau le développement du myôme ». Donc, *d'abord formation kystique aux dépens de débris du canal de Gærtner, et comme conséquence directe, développement d'un myôme périkystique.*

2° « Il n'est pas nécessaire, écrit aussi Breus, de chercher au myôme un point de départ dans une phase aussi embryonnaire. En effet, que durant la vie extra-utérine, même tardivement, un myôme se développe dans le voisinage d'un rudiment du canal de Gærtner, l'épithélium de ce canal, aussi bien que le tissu musculaire et connectif voisin, pourra prendre part à la formation de la tumeur ». Donc, *d'abord développement d'un myôme, et comme conséquence directe formation kystique d'une portion du canal de Gærtner.*

Continuant l'analyse critique du travail de Breus, et s'appuyant même sur les figures annexées à ce travail, Gottschalk s'attache à démontrer que *toute la paroi kystique n'est que la paroi du canal de Gærtner hyperplasiée, que la tumeur entière n'est que la conséquence de la dégénérescence kystique de la portion rudimentaire du canal de Gærtner, et que d'une manière générale le tissu utérin ne concourt pas à la formation de la tumeur.*

Il considère que l'épaississement considérable de la paroi extérieure de la tumeur est tout à fait comparable à l'épaississement aussi remarquable que l'on observe dans les cas d'hydropisie tubaire ou de pyo et hémato-salpinx. Or, il se produit ici, ainsi qu'on l'a bien noté, une hypertrophie de la paroi de l'oviducte, effet du surcroît de travail provoqué par l'augmentation de la pression intra-tubaire, *hypertrophie de travail* (Kaltenbach); hypertrophie de travail en rapport avec l'effort constant contre la pression exercée par le liquide intérieur et les contractions expulsives, avec les *coliques tubaires* expression symptomatique de ces contractions expulsives. Et, dans les observations des malades observés par Breus, il est précisément noté « *que l'aggravation des coliques et des hémorrhagies décidèrent les malades à se faire opérer* ». Pression intérieure et efforts expulsifs expliquent suffisamment l'hypertrophie de la paroi. *Conclusion :* Ces tumeurs sont des formations kystiques, par rétention du canal de Gærtner avec hypertrophie consécutive de la paroi kystique extérieure. Elles doivent être séparées des myômes

utérins vrais, comme les kystes parovariques des kystes ovariques.

Dans son dernier article, Breus, actuellement occupé à l'étude de cas semblables, ne veut que répondre succinctement à Gottschalk. En résumé, il pense que si l'interprétation émise par ce dernier s'applique à un certain nombre de tumeurs kystiques, elle ne saurait être généralisée ; que si, par exemple, l'un des deux cas qu'il a publiés est justiciable de cette interprétation, elle est tout à fait inadmissible pour l'autre.

D'ailleurs, le but de sa première communication a été de faire connaître ce qui lui avait paru avéré, acquis à la suite de ses premières recherches sur ces tumeurs, la provenance de leur épithélium du canal de Gærtner ; éclairer l'origine du revêtement épithélial de cysto-myômes d'observation rare.

Des observations plus nombreuses permettront sans doute d'aboutir à des conclusions plus formelles, et peut-être dans le sens, mais non avec la généralisation de l'interprétation de Gottschalk. Dr R. LABUSQUIÈRE.

II. — FIBRO-MYOMES DANS LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Fibrome compliquant l'accouchement (A fibroid tumor complicating delivery), par T. J. CROFFAD, de Memphis. *Amer. J. of obst.*, 1893, 2 septembre, p. 398.

La malade était grosse de six mois, la tumeur entourait le col comme un étau. Croffad, craignant de faire l'opération césarienne au domicile de la malade, la fit transporter à sa clinique, à 160 kilom. Il réussit à repousser la portion vaginale de la tumeur, à saisir un pied, et à extraire le fœtus.

L'infection continuant malgré tout, il se décida à faire la gastrotomie, au bout de dix-sept jours, et il trouva que la tumeur, adhérente de tous les côtés, remontait jusqu'au-dessus de l'insertion des trompes.

Il ne put pas enlever la tumeur, et ne fit qu'enlever les trompes. La température atteignit 40°,55 et le pouls 145.

Comme la tumeur se gangrenait, Croffad la morcela et cautérisa au thermo-cautère. L'opérée se remit enfin.

A. CORDES.

De la grossesse et de l'accouchement compliqués par la présence de fibro-myômes du col utérin, par V.-N. ORLOFF. *Vratch*, n° 16, 1893.

L'auteur rapporte une observation personnelle prise dans le service du professeur Lébédeff. L'existence d'une tumeur pelvienne fut constatée à la suite d'un accouchement (quatrième), et traitée par des moyens médicaux; au cours de sa cinquième grossesse, vers le septième mois, la malade entra dans le service du professeur Lébédeff. On diagnostiqua un fibro-myôme du col, partant de la face postérieure et enclavé dans le petit bassin par son segment inférieur; l'utérus gravide était repoussé en haut et en avant. Il était évident que l'accouchement naturel était impossible, même prématuré. En l'absence d'accidents on attendit le terme de la grossesse, et on fit au cours du travail l'opération césarienne. Le diagnostic fut confirmé, mais il parut impossible d'énucléer la tumeur sans grand danger; aussi se contenta-t-on de la castration bilatérale. Le rétablissement eut lieu sans accidents, et l'état général s'améliora rapidement. Quelques mois plus tard la malade eut une métrorrhagie durant quinze jours, puis la santé se rétablit à nouveau. L'enfant, amené avec un léger degré d'asphyxie, est en bonne santé.

Grossesse après une hystérectomie partielle supra-pubienne, compliquée par une hémorrhagie par la cicatrice abdominale (Pregnancy following a partial supra-pubic hysterectomy complicated by hemorrhage throug the abdominal cicatrice), par X. O. Werder, de Pittsburg. *Amer. J. of obst.*, 1er janvier 1894, p. 60.

La malade avait été opérée d'un fibrome; elle devint enceinte trois mois après l'opération. A la fin du quatrième mois de sa grossesse, elle eut une forte hémorrhagie par l'orifice fistuleux qui était resté après l'opération; de même trois mois plus tard et à la fin du sixième mois.

La malade accoucha à terme, et la fistule se ferma.

A. Cordes.

Myôme du col et accouchement (Das cervixmyom unter der Geburt), Freund. *Samml. klinisch. Vort.*, 1893, nº 68, p. 637.

Ce travail a pour point de départ une observation concernant une IVpare, âgée de 38 ans, observation tout au moins fort curieuse par sa rareté. Il s'agit d'un accouchement qui, par suite de la présence d'un fibrome volumineux du col, aurait duré pour ainsi dire cinq semaines. Au bout de ce temps, alors qu'on aurait pu croire l'utérus absolument épuisé, il se développa des contractions énergiques qui se soutinrent vingt-quatre heures durant,

tout comme si la longue période d'activité antérieure n'eût pas existé, ce qui, contre tout espoir, se termina *spontanément* par l'expulsion d'un enfant du poids de 3,320 gr., long de 54 centim., et qui avait succombé depuis plusieurs jours. La délivrance se faisant attendre, on procéda à l'extraction manuelle du délivre. Au cours de cette extraction, on put constater que la tumeur occupait toute la cavité cervicale, et sa présence gêna beaucoup l'introduction de la main, et surtout sa sortie avec le placenta qui s'était trouvé décollé au-dessus de la tumeur. Celle-ci, qui avait la grosseur d'un gros poing d'adulte, s'insérait largement sur la paroi antérieure droite du col et se prolongeait jusqu'au bord de l'orifice externe. Elle était de consistance dure, et sa surface était régulière. Les suites de couches furent quelque peu troublées. Le lendemain de l'opération et les deux jours qui suivirent, survinrent des douleurs expulsives, qui amenèrent l'extrémité inférieure de la tumeur au niveau de la vulve. Cette portion de la tumeur devint le siège d'un commencement de sphacèle, qui s'accompagna de réaction fébrile et de troubles du côté de la vessie. Mais peu à peu les accidents s'amendèrent, et la femme qui s'était refusée à toute opération pour son fibrome, put rentrer chez elle.

La terminaison spontanée de l'accouchement, survenue contre tout espoir, n'avait été possible que par une énergie utérine exceptionnelle et des déformations considérables de la tête fœtale en rapport avec cette énergie et la longue durée de l'accouchement. Voici, mises en parallèle, les dimensions d'une tête normale d'enfant, à terme, et celles de la tête déformée, effondrée pour ainsi dire, du nouveau-né dont il s'agit dans cette observation :

	TÊTE NORMALE	TÊTE EFFONDRÉE, DÉFORMÉE
Circonférence..........	34, 1/2	27
Diamètres : O.F........	11, 3/4	8, 1/2
B.P........	9, 1/4	5, 1/2
B.T........	8	6
Q.M........	13, 1/2	11, 1/2
S.O.B......	9, 1/2	8

L'auteur insiste, au point de vue clinique, sur les traits les plus curieux de cette observation : durée de la première période du travail, de cinq semaines environ; apparition malgré cette pre-

mière période, de douleurs énergiques prolongées ; déformation profonde et toute particulière de la tête fœtale, terminaison spontanée de l'accouchement, et, malgré un commencement de gangrène de la tumeur et des troubles vésicaux très accusés, suites de couches satisfaisantes ; vitalité exceptionnelle du sujet.

Il étudie d'une façon à peu près complète la dystocie par myômes du col (historique, symptomatologie et traitement), et résume de la façon suivante la conduite à suivre : « Dans le cas de tumeurs intra-cervicales, quand il n'existe pas d'indications urgentes, il faut attendre un certain temps. En raison, en effet, des modifications que, grâce à cette expectation, l'activité utérine fait subir au col et à la tumeur, l'accouchement peut se terminer spontanément, ou bien ces modifications rendent possibles les interventions les plus simples, ou tout au moins les rendent d'une exécution plus aisée. Mais quand la tumeur est intra-vaginale, quand les forces naturelles se montrent insuffisantes, ou bien s'il survient des indications urgentes, alors c'est à l'énucléation qu'il faut donner le choix sur tous les autres modes d'intervention, du moins quand elle est faisable, que le col soit fermé ou incomplètement dilaté. Et c'est seulement dans le cas où l'extirpation de la tumeur, en raison de son siège, est impossible, qu'on peut songer aux autres modes de délivrance qui entrent en ligne dans les dystocies de nature mécanique ». R. L.

III. — Varia

La symphyséotomie (*Symphyseotomy*), par K. Sandezberg, de Chicago. *Amer. J. of obst.*, 1894, 1er février, p. 158.

L'auteur décrit la méthode à ciel ouvert, et la méthode sous-cutanée ou italienne, toutes les deux avec l'antisepsie.

Sur 44 cas récents (*Amer. J. of obst.*, XXVIII, p. 626) :

Rétablissement complet......	5..........	11,4 0/0
Pas de gêne dans la locomotion....................	17........	11,4
Fistule vésico et uréthro-vaginale....................	4........	9,1
Résultat inconnu............	8........	18,1

Sur 76 cas opérés à Naples, de 1866 à 1888, la mortalité des

mères a été de 23,6 0/0 et celle des enfants, de 22,4. Morisaui n'a eu que 3,5 mères mortes et 5,5 enfants, sur 55 opérations; Pinard n'a eu qu'une mort sur 20 cas; Neugebauer a réuni 196 cas, dont la mortalité est de 10 0/0; d'après Garrique, dans les États-Unis, sur 26 opérations la mortalité a été de 15,39 0/0 pour les mères, et de 30,77 pour les enfants.

La symphyséotomie est destinée à prendre place entre l'application du forceps au détroit supérieur et la version d'un côté, et la section césarienne de l'autre ; elle est en *rivalité* avec la craniotomie et l'accouchement prématuré provoqué. Ce dernier, vu sa faible mortalité maternelle, sera préféré à la symphyséotomie, lorsque le diagnostic du rétrécissement aura été fait à temps.

Lorsque la symphyséotomie faite à la suite de la provocation de l'accouchement prématuré, permettra d'obtenir un fœtus vivant, on la préférera à l'opération césarienne.

Elle est applicable lorsque le conjugué vrai a au moins 7 cent. et au-dessus de 9 centim. dans le cas de bassin plat, et au-dessous de 10 centim. dans le cas de bassin uniformément rétréci.

Symphyséotomie (*Symphyseotomy*), par B. STONTAR, de Cincinnati. *Amer. J. of obst.*, 1893, t. II, septembre, p. 403.

Article très favorable à l'opération, mais ne contenant aucun renseignement nouveau pour les lecteurs des *Annales*.

Trois cas de symphyséotomie avec une mort causée par la septicémie (*Three cases of symphyseotomy with one death from sepsis*), par ANNA DE BROOMALL, de Philadelphie. *Amer. j. of obst.*, 1893, t. II, sept., p. 305.

La première malade, une négresse, avait eu des enfants vivants; mais Broomall fait remarquer que la tête des enfants devient plus dure à mesure que la mère avance en âge, de sorte qu'il fit la symphyséotomie, pour un rétrécissement relativement peu accusé. L'opérée eut une gastrite fébrile ; mais elle se remit. Enfant vivant.

La deuxième, une négresse aussi, avait eu un enfant vivant rachitique, trois ans auparavant ; le travail avait duré quatre jours, et s'était terminé spontanément.

A son second accouchement, Broomall fit la symphyséotomie plutôt que la crâniotomie, parce que l'enfant était encore

vivant ; mais il succomba pendant l'opération. L'opérée se remit; la symphyse était solide au bout de quatre semaines.

La troisième opérée avait un bassin uniformément rétréci; ses accouchements antérieurs s'étaient terminés par la naissance d'enfants vivants, qui succombèrent bientôt. Les suivants furent difficiles.

Le douzième se termina par la symphyséotomie, l'enfant vécut; mais la mère succomba à la septicémie. Autopsie incomplète.

Conclusions. — 1° Il est important, comme le prescrit Carus, de limiter la symphyséotomie aux cas où le diamètre antéro-postérieur mesure 68 à 81 millimètres. — 2° Il est utile d'opérer de bonne heure, ce qui permet souvent à la parturiente d'accoucher spontanément, après la section de la symphyse. -- 3° Il est nécessaire defaire un bon drainage.

La symphyséotomie (*Symphyseotomy*), par GARRIGUES, de New-York. *Amer. Journ. of Obst.*, 1893, t. II, novembre, p. 626.

Aux États-Unis, Garrigues en connaît 26 cas. La mortalité maternelle a été de 4 (15,39 p. 100), la mortalité fœtale, de 8 (30,77 p. 100), y compris 4 enfants qui ont succombé dans l'espace de trois jours.

Il indique l'augmentation obtenue par la section de la symphyse, augmentation non seulement du diamètre conjugué, mais du diamètre transversal. Elle permet enfin un mouvement vertical des deux pubis séparés, qui donne encore un peu plus d'espace.

La limite inférieure de son application est un diamètre conjugué de 7 centim.; la limite supérieure est 9 centim. ; si le bassin est uniformément rétréci, Garrigues propose de reculer cette limite jusqu'à 10 centim. (Garrigues compte le pouce, 25 millim.). Puis il donne une description de la technique opératoire ; il cite la statistique de Varnier : mortalité, 9 p. 100, dans laquelle la plupart des morts ne doivent pas être attribuées à l'opération.

La *crâniotomie* ne doit jamais être faite lorsque la symphyséotomie est possible.

La *provocation de l'accouchement prématuré* expose moins la mère (mortalité, 5 p. 100), mais l'enfant court un danger plus grand (43 p. 100 de morts).

La mortalité *combinée*, total de la mortalité des mères et des enfants, est de 16 p. 100 après l'opération césarienne ; celle des

enfants est de 6 p. 100; la mortalité maternelle étant de 26 p. 100, ce qui fait préférer la symphyséotomie.

Du placenta prævia (Ueber placenta prævia), par C. H. STRATZ. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 413.

Cet article est surtout une réponse à un travail communiqué au congrès de Bruxelles, avec ce titre : « *Exposé de ma théorie* » ; il s'agit de la théorie de R. Barnes. Dans ce travail Barnes déclare que Braunn, Baude, Spiegelberg, Schrœder, etc., tout en constatant ce fait capital qu'il existe une ligne de démarcation, ont manqué d'en saisir la pleine signification. Pour eux l'anatomie reste sans physiologie et sans thérapeutique rationnelle. Elle reste stérile.

Or, après avoir reconnu que les notions relatives au placenta prævia établies par Barnes dès 1847, ont leur importance, Stratz s'élève contre la dernière affirmation que l'anatomie des autres auteurs reste sans physiologie et sans thérapeutique rationnelle; et il croit la formule beaucoup plus juste eu égard à la théorie même de Barnes.

Quant à lui, il se rallie dans l'ensemble, aussi bien sous le rapport de l'anatomie, de la pathogénie, que de la thérapeutique des complications du placenta prævia, aux vues développées récemment par B. Hart (1). Comme ce dernier, il préconise surtout *la version bipolaire précoce*, et défie l'accoucheur anglais de fournir une statistique aussi favorable que la sienne ; à ce point de vue, il fait la remarque que, systématiquement, il a exclu les cas relativement bénins dans lesquels il suffit de la rupture des membranes pour arrêter l'hémorrhagie.

a) *Résultats de R. Barnes.* Ma propre expérience, écrit Barnes, donne 33 p. 100 d'enfants nés vivants; et avec cela plus de mères sauvées que par d'autres méthodes.

b) *Statistique de Stratz.* 52 cas. Mères, 2 mort ; enfants 36 morts : donc mortalité maternelle 2 p. 100; mortalité fœtale 31 p. 100. R. L.

---

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.* novembre, 1892, p. 360.

L'ustilago maydis (charbon du maïs) comme excitant des contractions utérines pendant l'accouchement. V. S. Grousdeff, de la clinique du professeur Lebédeff. *Vratch*, nº 17, 1894. — L'auteur a obtenu des résultats très satisfaisants en employant l'extrait liquide de l'ustilago maydis dans les cas d'inertie utérine primitive; sur dix parturientes, deux avaient des vomissements et ne purent garder le médicament ; une troisième ne fut pas influencée par la dose habituelle, mais dans sept cas l'action fut rapide et excellente à tous les points de vue, en faisant prendre à la parturiente de 30 à 40 gouttes d'extrait en une seule dose. Les contractions viennent 25 à 30 minutes, 40 au plus après l'absorption de l'extrait d'ustilago, elles sont en tout semblables aux contractions physiologiques et n'ont rien de convulsif ni de tétanique ; il n'y a point de contracture du col, et le médicament peut être administré à n'importe quel moment du travail sans danger, tout en agissant mieux lorsque la dilatation est faite au moment où survient l'inertie. La délivrance et le post-partum ne sont en rien entravés; l'auteur n'a pu observer aucun inconvénient pour la mère ni pour l'enfant, de l'emploi de l'extrait d'ustilago maydis aux doses indiquées. Ce moyen, préconisé depuis une vingtaine d'années en Allemagne, puis surtout en Amérique, mérite absolument d'entrer dans la pratique obstétricale, il est de beaucoup supérieur à la quinine par la sûreté de son action et ne présente pas les dangers de l'ergot de seigle.

Accouchement dans un cas d'oblitération complète du col de l'utérus. P. P. Voïnalovitch. *Vratch*, nº 31, 1894. — Femme de 36 ans, entrée à l'hôpital cantonal de Narovtchati le 14 mai 1893, anémique, faible au point de ne pas pouvoir marcher, lipothimique ; les membres inférieurs œdémateux, le pouls faible à 120-140. Cette femme est enceinte depuis le 16 juin 1892, depuis onze mois. Elle avait eu antérieurement deux grossesses, terminées par une fausse couche et la naissance d'un enfant mort-né à terme, après un accouchement très pénible, et suivies d'accidents fébriles.

Le début de la troisième grossesse avait été normal, plus tard il y eut une leucorrhée abondante arrêtée vers le septième mois ; au cours du huitième elle fut examinée à l'hôpital, une atrésie du

col fut constatée, et l'on recommanda à la femme de revenir absolument une huitaine de jours avant le terme de la grossesse.

Elle n'en fit rien, eut de violentes douleurs dans le ventre à la fin de mars, et ne sentit plus après cela de mouvements de l'enfant. Au moment de la deuxième entrée à l'hôpital, il n'y avai plus trace de col utérin; on voyait le tissu cervical très distendu, tout près de la vulve, parcouru par une cicatrice amincie; cette cicatrice fut incisée, l'ouverture agrandie par côtés, les os du crâne fœtal enlevés par la craniotomie, le placenta décollé à l'aide de la main; il se trouvait adhérent, mou en même temps, et ne put être extrait que par lambeaux. L'involution se fit normalement, après une légère ascension thermique. Le fœtus était à terme, légèrement macéré, non putréfié; la quantité du liquide amniotique était énorme.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Barbe. Hystérie et vitiligo survenus à la suite d'une opération de Battey. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, Par., 1894, V. 141-143. — **Berlin**. *Guide du diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens.* Paris, 1894. — **Burr**. The relation of gynœcology to psychiatry. *The medical Age.* Detroit, 25 juillet, 1894, p. 428. — **Cogswell**. The relation of gynœcology to general medicine. *Med. Current*, Chicago, 1894, X, 252. — **Dührssen**. *Vade-mecum der Geburtshülfe u. Gynäkologie für Studirende u. Aerzte.* Berlin, 1894. — **Fischkin**. *Hysterie u. gynäkologische, Operationen.* Berlin, 1894. — **Föderl**. Beïtrage zur Chirurgie des Rectums und des Uterus. *Wien. klin. Wochenschr.* 1894, VII, 249. — **Fortin**. Kyste du canal de Nück; extirpation. *Bull. Soc. de méd. de Rouen*, 1893, 2. s., VII, 20-23. — **Gill Wylie**. Some abnormal condition of the generative Organs associated with melancholia or mania. *Medical Record*, New-York, 4 août, 1894, t. II, p. 135. — **Gow**. On the relation of heart disease to menstruation. *Transactions of obstetrical society of London*, Part. II, 1894, p. 126. — **Hennig**. Die Beweise für der Wechselverkehr zwischen Herz und Gebärmutter. *Ztschs. f. Geburtsch. u. Gynäk., Stuttg.*, 1894, XXIX, 131. — **Joseph**. *Lehrbuch der Haut-u. Geschlechtskrankheiten f. Aerzte u. Studirende.* Leipzig, 1894. — **Kamps**. *Die Mittel zur Verhütung der Conception.* München, 1894. — **Klein**. Bemerkungen über Atonia Uteri als Sterilitätsursache. *Wien. med. Presse.* 1894, XXXV, 846. — **Kossmann**. Ueber accessorische Tuben und Tubenostien. *Ztschr. f. Geburtsh., u. Gynäk.* Stuttg, 1894, XXIX, 253. — **Köstlin**. *Die Nervenendigungen in den weiblichen Geschlechtsorganen.* Berlin, 1894. — **Kupferberg**. Ueber den Zusammen

hanh von Allgemeinerkrankung mit solchen der genitalsphäre beim Weibe. *Ztschr. f. arztl. Landpraxis*, Frankf. a. M., 1894, III ; 11 ; 44 ; 105, 137. — **Philippeau**. De quelques affections oculaires en rapport avec la dysmenorrhée. *Gazette de gynécologie*. Paris, 1er août 1894, p. 230. — **Polk (William M.)** The conservative surgery of the female pelvic organe. *The american J. of obstetric*, N. Y., 1894, II, 1. — **Profanter**. *Ueber Tussis uterina u. Neurosen bei gynäkologischen Erkrankungen überhaupt*. Wien, 1894. — **Roux (G.)** Note sur un cas d'utérus double avec bride vaginale verticale. *La Loire médicale*, 1894, n° 9, p. 252. — — **Santos**. *Considérations sur la bactériologie gynécologique*. Paris, 1894. — **Schrader**. Untersuchungen über den Stoffwechsel während des Menstruation. *Ztschs. f. klin. Med. Berl.*, 1894, XXV, 72. — **Smith (Lloyd G.)** On five cases of hydrocele in the female. *Brit. med. J.*, London 1894, II, 179. — **Stratz**. *Gynäcologische Anatomie*. (II. Abtlg.) *Die Geschwülste der Eierstöcke*. Berlin, 1894. — **Sundberg**. Gynœcology in Bagdad. *The Am. Gynæc. and obst. J.* 1894, n° 3, p. 233.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Alberti**. Ein Fall von Perforation des Uterus beim Curettement mit Vorfall und Einklemmung des Darmes. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 39, 937. — **Auvard**. Curage et perforation utérine. *Archives de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 581. — **Blake (John G)**., The decline of the pessary *Boston m. and. s. J.*, 1894. II, 285. — **Byrne (W. S.)**, Electricity in gynæcologie, *Intercolonial quarterly journal of med. and surg.*, Melbourne, 1894, I, 127. — **Feliciani**. Del raschiamento dell' utero. *Gazz. méd. di Roma*, 1894, XX, 131-138. — **Gilmer**. Drainage in pelvic surgery : the use of the syphon in conjunction with capillarity. *The American Lancet*, Detroit, août 1894, p. 286. — **Kallmosgen**. Ueber Dauererfolge des Hydrastininbehandlung bei Gebärmutterblutungen. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, *Stuttg.*, 1894, XXIX, 282. — **Malcolm Storer**. Ichthyol in gynecology. *The Boston med. and surg. Journal*, 2 août 1894, t. II, p. 104. — **Sänger** u. **Odenthal**. *Asepsie in der Gynäkologie u. Geburtshülfe*. Leipzig, 1894. — **Schwarze**. Ueber Behandlung der Dysmenorrhœ. *Therap. Monatsh.* Berlin, 1894, VIII, 191-198. — **Winckel**. *Uber den Gebrauch u. die Wirkung des Formalin, Formanilid u. Migränin bei Anomalien der weiblichen Sexualorgane*, 1894, Wien.

VULVE ET VAGIN. — **Bergonzini**. Sopra un caso di elefentiasi delle piccole labbro. *Rassegna di sc. med.*, Modena, 1894, IX, 1-7. — **Braithwaite**. Destructive Ulceration of the vagina. *The Lancet*, juillet. 1894, p. 132. — **Chapuis**. Vagin cloisonné avec utérus bifide. *Lyon médical*, 1894, p. 83. — **Cœn**. La vagina considerata come via di assorbimento. *Collez. ital. di lett. s. med.*, Milano, 1894, 39. — **Condamin**. Note sur une observation de fibrome juxta-uréthral du vagin. *Archives provinciales de chirurgie*, 1er septembre 1894, p. 569. — **Czempin**. Ueber Pruritus vulvæ. *Dermat. Ztschr.*, Berl., 1894, I, 324-330. — **Da Costa (John C.)**. Absence of the vagina, with hematometra from retained menses. *Medic. News.*, Philad., 1894, II, 269, — **Griffiths**. Membranous vaginitis and enteritis. *Brit. M., J.* Lond. 1894, I. 1300. — **Jacobs**. Cancer primitif de la région clitoridienne. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, septembre 1894, p. 659. — **James Oliver**. Two cases of primary epithelioma of vagina with infection of the inguinal

glands. *The Lancet*, London, 4 août 1894, t. II, p. 257. — **Lamb (D. S.)**. The fenale external genital organs; a criterium on current anatomical description. *N. Y. J. of. gynœcol. and obstetrics*, 1894, II, 107. — **More Madden**. On the pathology and treatement of pruritus and other hyperesthetic conditions of the vulva and vagina. *Provincial medical journal*, Leicester, 1894, XXIII, 466. — **Wolff**. *Ueber Carcinom der Vulva*. Tübingen, 1894.

DEVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Baum**. Gastro-hysterorrhaphy without opening the abdominal cavity. *J. Am. m. Ass.*, Chicago, 1894, XXII, 912. — **Boisleux**. Du traitement des rétrodéviations utérines fixées ou mobiles. *La Clinique française*, Paris, 10 août 1894, p. 61. — **Bond**. Gastro-hysteropexy as a safe and reliable means of correcting prolapsus and retrodisplacements of the uterus. *J. Am. m. Ass.*, Chicago, 1894, XXII, 839. — **Collzer**. The treatment of the retro-displaced adherent uterus complicated by Pregnancy. *The N.-Y. J. of gyn. and obst.*, juillet 1894, p. 18. — **Czempin**. Eine neue Operationsméthode des Retroflexio uteri. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipz. u. Berl., 1894, XX, 457. — **Davenport (F.-H.)** Ultimate results of treatment of backward displacements of the uterus by pessary. *Americ. J. of obstetrics*, N.-Y., 1894, II, 91. — **Dudley**. A new Operation for procidentia Uteri. *The N.-Y. J. of Gyn. a. Obst.*, juillet 1894, p. 1. — **Engelhardt**. *Zur chirurgischen Behandlung des Prolapsus uteri et vaginæ*. Jurjew, 1894. — **Fraenkel**. Ueber die Dauererfolge der gegen die Retrodeviationem des Uterus gerichteten Operationem. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipz. u. Berl., 1894, XX, 420. — **Franck**. Casuistische Beiträge zur Freundschen Prolaps-operation. *Prag. med. Wochenschr.*, 1894, XIX, 217. — **Gill Wylie**. The best method of operating on old lacerations of the perineum, especially those associated with the formation of a rectocele, and displacement of the uterus. *The american J. of obstetrics.*, N.-Y., 1894, II, 16. — **Godwin**. Pregnancy following Ventral fixation of the uterus. *The Am. J. of obst.*, septembre 1894, p. 370. — **Jacobs**. Prolapsus génital total. Nouveau procédé opératoire. Colpostricture. Pessaires multiples. *Arch. de toc. et de gyn.*, sept. 1894, p. 710. — **Keith (Thomas)**. On supra-pubic fixation of the uterus in certain cases of retroversion and prolapse. *Lancet*, London, 1894, II, 679. — **Lejars**. Les premières étapes du prolapsus génital. *Gazette médicale de Paris*, 4 août 1894, p. 361. — **Pickel (J.-W.)** A case of complete inversion and prolapsus of the uterus. *N.-Y. J. of gyn. and obstetrics*, 1894, II, 124. — **Rapin (O.)** Rétrodéviation utérine, nouvelle méthode de réduction, nouveau pessaire combiné. *Rev. méd. de la Suisse romande*, Genève, 1894, p. 409. — **Sänger**. Ueber Lappenspaltung bei operativer Behandlung des Gebärmutter Scheidenvorfalle. *Cong. périod. internat. de gynéc., et d'obst. C. r. 1892*, Brux., 1894, I, 339. — **Sänger**. *E. bestimmtes Zeichen f. angeborene Rückwärtslage des Uterus*. Wien, 1894. — **Vedel**. De la périnéorrhaphie selon le procédé de Lawson Tait. *Nouvelles archives d'obst. et de gynéc.*, 1894, p. 360. — **Wathen**. Report of seven cases of anterior ventral fixation of the uterus. *Homeop. J. obst.*, *N.-Y.*, 1894, XVI, 159-161. — **Werth**. *Ub. die Anzeigen zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri mobilis, nebst Beitrage zur Würdigg. der Alexander'schen Operation*. Wien, 1894. — **Westermark**. Om. vaginofixation af den retroflekterade uterus. *Hygiea*, Stockholm, 1894, LVI 159 170.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Delbet**. Allongements hypertrophiques du col de l'utérus et rétention d'urine. *Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1894, XII, 188. — **Harvie**. Fifty operations on the uterine cervix for laceration. *Tr. N.-York M. Ass.*, N.-Y., 1893, X, 297-312. — **Hirst (Barton Cooke)**. Suppurative metritis ; ulcerative endometritis and metritis ; double pyosalpinx and an ovarian abscess ; embolic pneumonia following labor ; hysterectomy ; recovery. *Medical News*, Philad. 1894, II, 217. — **Holländer**. Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Uterus anomalie (Uterus accessiorius). *Berl. klin. Wochenschr.*, 1894, XXXI, 452. — **Jones**. A study of the minute anatomy of fungous endometritis and myeloma (sarcoma) of the uterus, with rules for their microscopical distinction. *N.-York M. J.*, 1894, 526-531. — **Madden**. On menorrhagia and metrorrhagia. *Med. Times et Hosp. Gaz.*, Lond., 1894, XXII, 233. — **Monod**. Note sur le traitement des métrites. *Arch. prov. de chirurg.*, Paris, 1894, III, 314. — **Perdriget**. Des amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer. *Archives de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 625. — **Popoff**. Zur Kenntniss des hemorrhagischen Infarktus des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, t. 47-41. p. 12. — **Robb**. Treatment often indicated afted trachelorrhaphy. *Tr. N.-York. M. Ass.*, N.-Y., 1893, 183-193. — **Rosthorn**. *Ueber Schleimhautverhornung der Gebärmutter*. Wien, 1894. — **Sckene**. Senile endometritis. *N.-York. J. Gynæc. a. Obst.*, 1894, IV, 641.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Arlart** 50 *Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Tumoren desselber aus der Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik zu Königsberg* (*vons* 18 *juni* 1890 *bis Endes* 1893) Königsberg, 1894. — **Biermer**. *Ein. Beitrag zur Myomotomie*. Tübingen, 1894. — **Bishop (E. Stanmore)**. The technique of vaginal hysterectomy. *Provincial medical journal*, Leicester, 1894, XIII, 456. — **Bovec**. The conservative treatment of cancer of uterus. *Virginia M. Month.* Richmond 1894-5, XXI, 256. — **Bowreman Jessett**. Lectures on cancer of the uterus. *The Province Med. J.*, juillet 1898, p. 338. — **Boxall**. Rapidly growiny Soft Fibromyoma in the Left Broad ligament. *The Ann. Gyn. and Obst. J.*, 1894, nº 3, p. 320. — **Braithwaite**. A point in the technique of vaginal hysterectomy, *Lancet*, Lond., 1764, I, 932. — **Calderini**. Beitragzur Diagnose und Therapie des Uterus krebses. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1894, XXXL, 354-356. — **Chacles Verge**. Observation d'une métrorrhagie grave de corps fibreux arrêtée d'une manière permanente par une application de crayon de chlorure de zinc. *L'union medicale du Canada*, Montréal, mai 1894, t. VIII, p. 225. — **Doran**. Large cystic myoma of uterus of over twelve year's duration removed by enucleation ; recovery ; with notes on cystic fibroids. *Med. Chir. Tr.*, Lond., 1892-3 L, XXVI, 325-342. — **Dudley**. Myomectomy as a substitute for hysterectomy. *The american Journal of the medical Sciences*, Philadelphia, juillet 1894, t. VIII, p. 46. — **Duncan**. Gangrenous uterine fibroïd removed by abdominal hysterectomy. *Transactions of the obstetrical society of London*, 1894, Part. II, p. 181. — **Duncan**. Fibroid polypus of cervix. *Transactions of obstetrical Soc. of London*, Part. II 1894, p. 114. — **Faguet et Vergely**. Volumineux fibro-myôme kystique de l'utérus : hytérectomie abdominale, traitement intra-peritonéal du pédicule, guérison *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*. Bordeaux, 15 juillet 1894, nº 28, p. 330. — **Freund**. *Neue Befunde bei Zer-*

reissung der Gebärmutter und des Scheidengewölbes. Wien, 1894. — **Gottschalk**. Martin's operation for vaginal ligation of a portion of the broad ligaments in uterine fibroids, a question of priority. *Am. J. obst*, N Y., 1894, XXIX, 823. — **Kœberlé**. Evolution des tumeurs fibreuses de la matrice ; indications opératoires et contre-indications ; *Ass. franç. de chir.*, 13-16. — **Krug**. Hysterectomy in ectopic gestation with disease of the other appendages. *N. Y. J. Gynec. and Obst.*, 1894, V, 661-667. — **Kurtz**. *Ueb. Carcinom aus prolabierten Uterus. Ein Beitrag zur Atiologie des Cervixcarcinoms.* Tübingen, 1894. — **Léonte**. L'hytérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myômes de l'utérus. Traitement rétro-péritonéal du pédicule. Résultat de 26 cas, tous terminés par la guérison. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, septembre 1894, p. 666. — **Lusk**. On the relative values of the various surgical methode of treating uterine fibroids. *The amer. journ. of the medical sciences*, Philadelphia, juillet 1894, t. CVIII, p. 1. — **Lyman**. A case of ligation of uterine arteries for fibroma. *Kansas M. J.*, Topeka, 1894, VI, 215. — **Martin**. Trattamento del peduncolo dopo la miomotomia. *Ann. di ostet.*, Milano, 1894, XVL, 144-204. — **Menocal**. Fibromioma pediculado del fondo del utero laparotomia y miomotomia ; curacion. *Rev. de cien. med. Habana*, 1894, IX, 73. — **Meyer**. 31 *Totalexstirpationen des Uterus*, Göttingen, 1894. — **Monod (E.)**. Nouveaux faits à l'actif des opérations partielles dans le traitement du cancer du col. *Annales de la policlinique de Bordeaux*, mars 1894, p. 151. — **Noble**. Uterine fibroids. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1894, LXX, 775-781. — **Penrose**. A case of abdominal hysterectomy in which the ureter was resected and implanted into the bladder. *Times a. Reg.*, Phila., 1894, XXVII, 296. — **Schreher**. *Uber die Complikation v. Uterusmyom m. sekundärer sarkomatöser Degeneration*, Iena, 1894. — **Schuchardt**. Ueber Hysterectomia perineo-vaginalis. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk*, Stuttg., 1874, XXVIII, 405 410. — **Smith**. Total Extirpation of the Uterus for Myofibroma complicated by pregnancy. *The Am. J. of Obst.*, septembre 1894, p. 365. — **Stavely**. Myomectomy during pregnancy. *N. Y. J. Gynec. and Obst.*, 1894, IV, 667-678. — **Swain**. The treatment of uterine fibroids by abdominal section. *British med. J.*, juillet 1894, p. 118. — **Trépant**. Laparatomie et drainage vaginal pour fibro-sarcome de l'utérus. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1894, XII, 117. — **Trowbridge**. Malignant disease of the uterus. *Boston med. and surg. J.*, 1894, II, 177. — **Vuillet**. Hypertrophie de l'utérus provoquée par le traitement de l'umontpallier ; hystérectomie. *Cong. périod. internat. de gynéc. et d'obst.*, *C r.*, 1894, I, 460-462. — **Walter (A. Crow)**. Cancer of the uterus. The remote results of operative interference. *The Am. Lancet.* juillet 1894, p. 252. — **Wather (William H.)**. Intraligamentous and retroperitoneal tumors of the uterus and its adnexa. *Americ. J. of obstetrics*, N.-Y., 1894, II, 76. — **Williams**. Contributions to the histology and histogenesis of sarcoma of the uterus. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1894, XXIX, 721-764. — **Wylie**. Fourteen hysterectomies. *N. Y. Journ. Gyn. and Obst.*, 1894, IV, 536-546. — **Wylie**. Intraligamentous cyst of the broad ligament weighing seventy-four pounds complicated by fibromato of several pounds. *N. Y. J. Gynæc and. Obst.*, 2894, IV, 562-564. — **Zinke**. Total vaginal extirpation of a five months pregnant uterus for carcinoma of the cervix. *Am J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXIX, 823.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Birnbaum.** Ueber Beckenxsudate. *Wien. med. Bl.*, 1894, XVII, 147-151. — **Boiffin.** Sur le traitement des suppurations pelviennes et les indications des différentes méthodes opératoires. *Assoc. française de chirurgie*, Paris, 1893. — **Baldy (J. M.)** Extirpation of the uterus in diseases of the adnexa. *Americ. J. of obstetrics*, N. Y., 1894, II, 28. — **Celestino M. de Argenta.** Sulle inflammazioni pelviche della donna. *Annali di ostetricia e ginecologia*, Milan, juin 1894, p. 317. — **Cleveland.** The treatment of pelvic abscess by vaginal puncture and drainage. *New York J. Gynæc. et obst.*, 1894, IV, 652. — **Closs.** Ovarian hydrocèle. *N. Zealand M. J.*, Dunedin, 1894, VII, 71. — **D'Hotman de Villiers.** Notes sur deux cas de salpingo-ovarites chroniques, traités et guéris par le tamponnement vaginal à la glycérine. *Archives de Tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 569. — **Elliott.** The pathology of pelvic inflammations in women. *Ann. gynec. and pædiat.*, Phila., 1893-4, VII, p. 519. — **Gangolphe.** Salpingo-ovarite, anus contre nature, entérorrhaphie. *Lyon médical*, 1894, p. 81. — **Gaudier.** De l'hystérectomie vaginale comme traitement des grandes névralgies pelviennes. *Archives de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 584. — **Graefe.** *Ein. Beitrag zur Frage der Behandlung von Tubensäcken.* Wien, 1894. — **Habershon.** Tuberculous disease of ovaries ana Fallopian tubes. *Lancet, Lond.*, 1894, I, 1136. — **Hayes.** Hydrosalpinx. *The Am. gyn. and obst. J.* 1894, nº 3, p. 319. — **Hayes.** Dilated Fallopian tube and ovary. *Transactions of the obstetrical society of London*, 1894, II, p. 185. — **Krug.** Hysterectomy in bilateral disease of the appendages. *Am. J. M. Sc.*, Phila., 1894, n. s., CVII, 676-680. — **Lapthorn Smith.** Five cases of pyosalpingitis. *The American Journal of obstetrics*, New-York, août 1894, p. 218. — **Léonard Whaler.** Pelvic inflammation. *The Boston medical and surgical journal*, 21 juin 1894, t. CXXX, p. 615. — **Mann (Matthew D.).** Gonorrhea in the femal cyst of the broad ligament. *Medical News*, Philad., 1894, II, 216. — **Mangin.** Evacuation par l'incision vaginale des collections liquides pelviennes d'origine inflammatoire ou hématique. *Gazette de gynécologie*, 1894, p. 294. — **Munde.** Ovary abscess. *Med. Standard*, septembre 1894, p. 73. — **Mundé.** Abscess of the ovary. *Gaillard's M. J.*, N.-Y., 1894, LVIII, 409-417. — **Outerbridge.** Report of complecated cases involving uterus, tubes and ovaries treated successfully, with a plea for conservative surgery in dealing with these appendages. *Medical Record*, New-York, 21 août 1894, t. II, p. 166. — **Remfay.** Two cirrhotic and cystic ovaries with microscopical section of same. *Transaction of the obstetrical society of London*, 1894, part. II, p. 184. — **Roche.** Hématocèle rétro-utérine suppurée, due très probablement à la rupture d'une grossesse extra-utérine ; incision de Douglas ; drainage, guérison. *Cong. périod. intern. de gyn et d'obs., C. r. 1892*, Brux., 1894, I, 259. — **Rohé.** Hematoma of the ovary. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXIX, 765-770. — **Rosthorn.** Kapselcoccen im Eiter eines Ovarialabscesses *Wien. klin. Wochenschr*, 1894 VII, 242. — **Routh (C.-H.-F.).** The conservative traitement of disease of the uterine appendages. *The British gynec. J.*, London, mai 1894, p. 51. — **Russell.** Hemorrhagic infarction of the fallopian tube. *The american Journal of obstetrics*, New-York, août 1894, p. 192. — **Taylor.** On a case of highlying pyosalpinx concealed by retroversion of the uterus.

Lancet, Lond., 1895, I, 996-999. — **Thomas Ashby**. The influence of minor forms of ovarian and tubal disease in the causation of sterility. *The Am. Journal of obstetrics*, New-York, août 1894, p. 161. — **Witherspoon**. Causation of pelvic inflammation. *Saint-Louis med.*, Era, 1893-4, II, 399-407. — **Young-Brown** Pelvic disease in its relationship to insanity in women. *The Am. J. of obst.*, septembre 1894, p. 360. — **Zèdel**. Ueber cystenbildung am ostium abdominale der Tube. *Ztschr. f. Geburtsh u. Gynäk*, Stuttg., 1894, XXVIII, 282-292.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bush**. Ovariotomy on a patient in her eighty-fifth year. *British medical Journal*, 14 juillet 1894, t. II, p 67. — **Buys** et **Vandervelde**. Ricerche sperimentali sopra le modificazioni dell' utero consecutive alla doppia ovariotoma, *Policlin.*, Roma, 1893-4 ; C. 99-104. — **Debaissieux**. Kyste de l'ovaire compliquant une grossesse à terme et mettant obstacle à l'accouchement ; opération de Porro avec ovariotomie ; guérison. *Cong. périod. internat. de gynéc. et d'obst. C. r.*, Brux., 1894, I, 707-711. — **Desbonnets**. Énorme kyste de l'ovaire. Ovariotomie, guérison. *Arch. de tocol. et gyn.*, septembre 1894, p. 714. — **Eden**. Ovarian cyst with sarcomatous degeneration. *The Am. gyn. and obst. J.*, 1894, nº 3, p. 318. — **Favel**. A case of acute axial rotation of a parovariancyst. *Quart. M. J.*, Sheffield, 1893-4, II, 247. — **Francois**. Sur un cas de persistance des douleurs après l'enlèvement des annexes. *Ann. Soc. med. chir. de Liège*, 1894, XXXIII, 69-73. — **Hall**. Papillomatous cyst of the ovary. *Cincin. Lancet. Clin.*, 1894, n. s., XXXII, 570-572. — **Hare (C.-H.)**. An ovarian dermoid, that discharged through the bladder for three years before operation and cure. *Boston med. and surgic. journ.*, 1894, II, 135. — **Largeau**. Kystes ovariques jumeaux, ovariotomie double sans chloroforme. *Ann. franç. de chir.*, Paris, 1893, VII, 816-819. — **Malcolm F.** Recovery from ovariotomy ; five weeks subsequently death from cancer of the pancreas and duodenum. *The Lancet*, London, 1894, II, 573. — **Mangiagulli**. Ovariotomie während der Schwangerschaft und nach der Geburt. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1894, XXXI, 491-493. — **Mann**. Cyst of the broad ligament from a patient sixty years old. *Med. News*, Phila., 1894, LXIV, 454. — **Napier (Leith)**. Modern ovariotomy. *The British Gyn. J.* London, mai 1894, p. 88. — **Pick**. Zur Symptomatologie und Prognose der Sarkome des Eierstocks. *Cent. f. Gyn.*, 1864, nº 39, p. 940. — **Routh**. On cases of associated parovarian and vaginal cysts formed from a distended Gartner's duct. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1894, n. s., LVII, 383. — **Schultze**. *Echinococcus des rechten ovarium neben zahlreichen Echinococcen des Peritoneum*. Wien. — **Thorn**. *Einiges über Achsendrehung der Ovarientumoren*. Wien, 1894. — **Vineberg**. Cysto-carcinoma of the right ovary. *N.-Y. J. Gynæc. and obst.*, 1894, IV., 699-701.

ORGANES URINAIRES. — **Bryant**. Extreme prolapse of the female urethra in a child. *Lancet*, Lond., 1894, I, 1189. — **Fralick**. Vesico-vaginal fistule, preparatory treatment in case of long standing. *Homœop. J. Obst.*, N. Y., 1894, XVI, 148-153. — **Kelly (Howard A.)** The cystoscopie, *American J. of obstetrics*, N.-Y., II, 85. — **Herczel** Ueber die operative Behandlung grosses Defecte der Blasen-Scheidenwand. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1894, VII, 272. — **Lipinsky**. *Einige Fälle*

311 ... Harngenitalfisteln. Neuwied. — **Matthew Mann**. Inflammation of the ureters in the female. *The american Journal of the medical Sciences*. Philadelphia, août 1894, p. 125. — **Thiriar**. Des troubles de l'appareil génital de la femme consécutifs au rein mobile. *Cong. périod. internat. de gynéc. et d'obst.*, *C. r.* 1894, Brux., 1894. I, 773.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Dohrn**. Ueber die Verwendung elastischen Ligaturen zu Stielunterbindungen bei Laparotomien. *Centf. f. Gyn.*, 1894, nº 18, p. 665. — **Cosentino**. Cinquanta laparatomie per malattie dell' utero e degli annessi. *La clinica chirurgica*. Milan, 31 mars 1894, nº 3, p. 121, et 30 août 1894, nº 4, p. 169. — **Dührssen**. Ueber eine neue Methode der Laparotomie. *Berl. klinisch. Wochenschr.*, 1894, nº 29, 672. — **Etheridge**. Report of death from laparotomy on the twenty-fifth day, with exhibition of specimen. *Am. J. of Obst.*, N.-Y., 1894, XXIX, 811-821. — **Guelliot**. Contribution au traitement chirurgical des péritonites généralisées. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 14 août 1894, p. 880. — **Kelly**. Electric illumination of the Field in abdominal surgery. *The Am. J. Obst.*, septembre 1894, p. 348. — **Moulonguet**. Le drainage vaginal dans les laparotomies. *Archiv. prov. de chir.*, Paris, 1894, III, 287. — **Penrose**. Use of abdominal drainage tube determined by bacteriological examination. *The american Lancet*, Detroit, août 1894, p. 293. — **Quénu**. De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies. *Arch. de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 612. — **Runnels**. Surgical intervention in tubercular peritonitis. *The american journal of obstetrics*. New-York, août 1894, p. 199. — **Stewart Mickay**. Abdominal section. *The provincial medical journal*, Leicester, 1894, XIII, 450.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Davis**. The management of face presentation. *Medical News*. Philadelphia, 14 juillet 1894, t. II, p. 45. — **Farabeuf**. Le mécanisme de l'accouchement et la symphyséotomie. *Normandie méd.*, Rouen, 1894, IX, 209-228. — **Heinricius**. Sur les accouchements par le front. *Cong. périod. internat. de Gynéc. et d'obst.*, *C. r.*, 1894, Bruxelles, I, 336-339. — **Marx**. Contribution to the study of face presentation. *The N.-Y. J. of. Gyn. and obst.*, juillet 1894, p. 25. — **Marx**. Further contribution to the study of occipito-posterior positions of the vertex. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLV, 585-587. — **Reynolds (Edward)**. The treatment of face presentation. *Americ. J. of obstetrics*, N.-Y., 1894, II, 56.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Amadés**. L'iperplasia delle fibre muscolari lisce dell' utero gravido. *Gaz. méd. di Torino*. 1894, XLV, Suppl. 1, 7. — **Bar** et **Renon**. Examen bactériologique dans trois cas d'éclampsie. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Paris, 1894, 10, s., I, 330. — **Carbonelli**. Del bacino imbutiforme. *Gaz. med. di Torino*, 1894, XLV, Suppl., 24, 41. — **Caviglia**. Sulla contrazione e retrazione dell' utero e sulla pressione endouterina e vaginale nel periode del secondamento. *Annali di ostetrica e ginecologia*. Milan, juin 1894, p. 309. — **Chambrelent**. Toxicité du sérum maternel et fœtal dans un cas d'éclampsie puerpérale, *Gaz. méd. de Paris*, 1894, p. 373. — **Dunn**. A probable case of auto-infection, with some remarks on the bacteriological origin of puerperal

sepsis. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Philadelphia, juillet 1894, p. 611. — **Engström**. Zur Laktationsatrophie des Uterus. *Centralbl. f. Gyn.*, 22 septembre 1894.— **Feis**. Ueber die Wirkung des im mütterlichen Blut angehäuften Harnstoffs auf Uterus and Fœtus. *Arch. f. Gynæk. Berl.*, 1894, XLV, I, 147-165. — **Prioleau**. Puerpéralité et microbisme latent. *Limousin médical*, 1894, p. 116. — **Recht**. *De la miction chez les femmes en couches*. Paris, 1894. — **Reynaud**. De la mensuration de l'inclinaison du bassin chez la femme. *Courrier méd.*, Paris, 1894, XIV, 97–99. — **Roesger**. *Zur fötalen Entwickelung des menschlichen Uterus, insbesondere seiner Musculatur*. Wien, 1894.

DYSTOCIE. — **Bullitt**. A case of face presentation with rotation into sacral cavity. *Medical Record*, New-York, 4 août 1894. t. II, p. 136. — **Chaleix**. Un cas de dystocie par exagération du diamètre bisacromial. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1894, XV, 147-149. — **Charles**. Onze cas de bassins rétrécis observés dans les quatre premiers mois de 1894. *J. d'acc.*, Liège, 1894, XV, 161-173. — **Davis**. Prolonged labor in justo-minor pelvis ; breech presentation ; rupture of the uterus and death. *Phil. Polyclin*, 1894, III, 162. — **Farabeuf (L.-H.)**. Dystocie du détroit supérieur; mécanisme ; diagnostic ; traitement; symphyséotomie. *Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1894, LXV, 45. — **Finzi**. A case of osteoma of the pelvis causing dystocia, *The Lancet*, Londres, 14 juillet 1894, t. II, p. 77. — **Gardiner**. Dystocia from occlusion of cervix uteri. *Lancet*, Lond., 1894, I, 1300. — **Hubert**. Bassin de 7 centim. 1/2 ; position O. T. G. ; trois essais de forceps ; transforation ; couches normales. *Rev. med.*, Louvain, 1893-94, XII, 529-531. — **Muller**. Zur Kasuistik der Erschwerung der Geburt durch Erweiterung der kindlichen Harnblase. *Arch. f. Gyn.* XLVII, 138. — **Oui**. Présentation de l'épaule négligée ; brachiotomie, éviscération, spondylotomie, évolution forcée *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1894, XV. 233-235. — **Schmid**. Sur un cas de rigidité syphilitique du col de l'utérus. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, septemb. 1894, 410. — **Voss**. Case of dermoid cyst obstructing labour. *Intercolon. Q. J. M. and S.*, Melbourne, 1894, I, 42-45.

GROSSESSE. — **Braxton Hicks**. On intermittent contractions of uterine fibromata and in pregnancy in relation to diagnosis. *Transaction of the obstetrical society of London*, 1894. Part. II, p. 188. — **Long**. The value of Hegar's sign of pregnancy. *Buffalo Medical and surgical journal*, juillet 1894. t. XXXIII, p. 705. — **Pfannenstiel**. *Ueber Schwangerschaft bei Uterus didelphys*. Wien, 1894.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bolling**. An unique case of twin childthbirth. *Virginia M. Mouth*. Richemond, 1894, 5 XX I, 190. — **Callahan**. A case of multiple pregnancy with forty six hours between the birth of first and second child. *N. Y med. J.*, 1894, LIX, 721. — **Hupp (John C.)** Anomalous fœtal nutrition in twin gestation. *Medic Record*, N.-Y., 1894, II, 74.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Barbour**. On extra uterine gestation simulating retroversion of the gravid uterus. *Edinb. Med. Journ.*, septembre 1894. — **Duncan**. Fœtus and placenta removed by laparotomy, from a case of extra-uterine gestation. *Transactions of obstetrical society of London*, Part. II, 1894, p. 146. — **Duncan**. Rup-

tured tubal gestation. *Transactions of obstetrical society of London*, Part. II, 1894, p. 114. — **Fraenkel**. Untersuchungen über die Decidua circonflexa und ihr Vorkommen bei ektopischer Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.* t. 47, H. I, p. 139. — **Gilliam**. The placentæ blood supply of ectopic gestation. *Tr. Ohio M. Soc.*, Cincin., 1894, 358-362. — **Grillenzoni**. Sopra un caso di gravidanza extrauterine. *Mem. Accad. d. sc. med. e. Nat. in Ferrara*, 1893, LXVI, fasc. 3, 39-50. — **Helmith**. Difficulties surrounding diagnosis of an ectopic pregnancy; operation, *N. Am. J. Homœop.*, N.-Y., 1894, 3 s., IX, 369-372. — **Hart**. On the extraperitoneal form of extrauterine gestation. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXIX, 577-593. — **Hall**. Operative treatment of extra-uterine pregnancy. *Tr. Ohio M. Soc.* Cincin., 1893, 369-373. — **Mann**. Ruptured tubal pregnancy. *Internat. Clin.*, Phila., 1894, 4, s., I, 277-279. — **Maury**. Remarks upon the management of ectopie gestation especially during later months. *Internat. J. Surg.*, N.-Y., 1894, VII, 151-155. — **Morrison**. Extra-uterine pregnancy simulated by a small tumor of the ovary; operation. recovery. *Med. News* Phila., 571. — **Oldham**. Ectopic gestation, with report of cases. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXIX, 777-785. — **Orillard (A.)**. De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine, lorsque l'enfant est viable. *Gaz. d. hôpit.*, Paris, 1894, LXVII, 375-382. — **Payzant**. A case of tubal pregnancy unique in a medicolegal aspect. *Maritime M. News*, Halifax, 1894, VI, 306. — **Pilliet**. Etudes sur l'avortement tubaire. *Progrès med.*, Paris, 1894, 2 s., XIX, 233-235. — **Prochownik**. *Beitrag zur Mechanik des Tubenaborts.* Wien, 1894. — **Rosenwasser**. The indications for operative treatment in extra-uterine pregnancy. *Tr. Ohio. M. Soc.*, Cincin., — 1893, 363-368. — **Stumpf**. *Zur Casuistik u. Therapie der Extra uterinschwangerschaft.* Wien, 1894. — **Webster**. The classification of ectopic gestation. *The American Journal of obstetrics*, New York, août 1894, p. 171. — **Watkins**. Early diagnosis in ectopic gestation. *N.-Y. J. Gynæc. and Obst.*, 1894, IV, 557.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Alexander Morison**. The nature and treatment of asphyxia of neonatorum. *The Lancet*, Londres, 7 juillet 1894, vol. II, p. 6. — **Ballantyne (J. W.)** Case of hypospadia in a new-born infant. *Teratologia*, Lond. et Edinb., 1894, I, 96-100 — **Ermano**. Delle lussazioni intrauterine della spalla. *Bull. d. Sc. med. di Bologna*, 1894. 7 s., V. 37-57. — **Ettles**. Case of cyclops. *Transactions of obstetrical society of London*, Part. II, 1894, p. 149. — **Eden**. Dissection of a case of spina bifida. *The Amer. Gynæc. and Obst. Journ.*, 1894, n° 3, p. 265. — **Fleischmann**. *E. Fall. v. Hernia funiculi umbilicalis m. Tumor sacralis.* Königsberg, 1894. — **Frank Meriwether**. A large meningocele. *The American Journal of obstetrics*, New-York, août 1894, p. 226. — **Hamann**. Notes on some cases of congenital malformation of the face and ears. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1893-94, VI, 759-762. — **Jennings**. On the operative treatment of cranial depressions in the new-born infant., *Edinb., M. J.*, 1893, LXXXLX, 947. — **Leith Napier**. Fœtus at seven months illustrating celesoma with retroflexion, meningocele and talipes varus. *Transactions of obstetrical society of London*, Part. II, 1894, p. 116. — **Legry et Dubrisay**. Infection à streptocoque du fœtus par contamination buccale. *Archives de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 593. — **Mac Gill**. Arrest in development of the fœtus (exomphalismus) complicating labour. *Lancet*, London, 1894,

II, 687. — **Meier**. *Ueber Hydrocephalus*. Zürich, 1894. — **Morris**. Notes on a case of labour with exomphalos of the fœtus. *Edinb. M. J.*, 1893, LXXXIX, 945-947. — **Pamard**. Fœtus parasite ; ablation deux jours après la naissance ; guérison. *Assoc. franç. de chir.*. Paris, 1893, VII, 368-370. — **Patellani**. Due litopedi, uno dei quale preesisteva ad una gravidanza extrauterina recente. *Ann. di ostet., Milano*, 1893, XV, 817-841. — **Ponty**. Polydactylie des mains et des pieds; hernie ombilicale; anophtalmie apparente *J. de méd. de Bordeaux*, 1894, XXIV, 285. — **Probyn-Williams**. Case of exophtalmic fœtus. *Transactions of obstetrical society of London*, Part. II, 1894, p. 174. — **Preuschen**. *Verletzungen des Kindes bei der Geburt als Ursache der Melaena neonatorum. Klinische Beobachtung u. experi- mentelle Studie.* Wien, 1894. — **Piéchard**. Exomphale embryonnaire. *Gazette hebd. des Sc. méd.*, Bordeaux, 1894, p. 438.—**Radtke**. *Zwei Fälle v. intra-uteriner Spontan-Amputation*. Königsberg, 1894. — **Tyrie (C.-C.-B.)** et **Haigh (J.-V.)**. A case of phocomelus. *Tératologia*, Lond. et Edinb., 1894, I, 89-95. — **Voituriez**. De la précocité des mouvements fœtaux. *Archives de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 611. — **Zaaijer (T.)**. Seltene Abweichung der Arteria profunda femoris. *Anat. Anz.*, Iena, 1893-4, IX, 502-508.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Baldwin**. Symphyseotomy. *Tr. Ohio. M. Soc.* Cincin., 1893, 374-380. — **Ballantyne**. Note of a case in wich premature labour was induced for contracted pelvis, *Edinb. m. J.*, juillet 1894, p. 45. — **Barnes (Robert)**, The indications of premature labour. *The Lancet*, London, 11 août 1894, p. 314. — **Bernays**. The first successful case of cœsarean section in placenta prævia, and remarks on the method of operation. *J. Am. M. Ass., Chicago*, 1894, XXII, 687. — **Braun von Fernwald**. Die dauererfolge der Symphyséotomien. *Centr. f. Gyn.*, 15 septembre 1894., Discussion à la Société d'obst. et de gynécol. de Vienne ; *ibid.* Provocazione artificiale del parto et sinfisiotomia. — **Bossi** *Annali di ost. e ginec. di Milano*, 1894, p. 409. — **Bossi**. Sulle modificazional taglio cesareo Porro à proposito di tre oltri casi operati con esito felice de cui uno con ablazione totale dell' utero. *Ann. di ostet.*, Milano. 1894, XVI, 74-87. — **Büssemaker**. Eine symphyseotomie ohne Knochennath und Vereinigung der Weichtheile. *Centr. f. Gyn.*, 15 septembre 1894. — **Carbo nelli**. Una seconda sinfisiotomia. *Gazz. med. di Torino*, 1894, XLV, Suppl. 21-24. — **Carstens**. Cesarean section. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1894, XXIX, 775-777. — **Caruso**. Operazioni complementari del taglio cesareo. *Annali di ost. e ginec. di Milano*. 1894, p. 354. — **Clark**. Pelvic Contractions indicating symphyseotomy. *Tr. Ohio M. Soc.*, Cincin. 1893, 344-348. — **Cocq**. *De la synphyséotomie dans les angusties pelviennes. Recherches expérimentales; faits cliniques*. Brux., 1894. — **Cullingworth**. Cæsarean section at the beginning of the sixth month of the uterus ;death. *Lancet*, Lond., 1894, I. 1494. — **Davis**. Symphyseotomy for the relative indication, with complication. *Boston Med. Journ.*, 23 août 1894. — **Flatau**. Ein Fall von Symphyseotomie. *München. med. Wochenschr.*, 1894, XVI, 268. — **Fritsch**. Quatre premières symphyséotomies. *Presse médicale*, 28 juillet 1894, p. 240. — **Harris**. A plea for he practice of symphyseotomy, based upon its record for the past eigth years. *Transaction of obstetrical society of London*, Part. II, p. 116. — **Harris**. The mortality under the cæsarean operation in Great Britain during the last eight years; and the encouragement offered for the introduction of symphyseotomy as a substitute for craniotomy. *Lan-*

cet. Lond., 1894, I, 1242. — **Herman.** Case of symphysiotomy (Living Specimen) *The Am. Gynæc. and obst. J.*, 1894, nº 3, p. 318. — **Hirst.** The indications for Cæsarean section. *Ann. Gynæc. and. Pædrat.*, Phila., 1893-4, VII, 505-507. — **Humiston.** Discussion on symphyséotomy. *Tr. Ohio M. Soc.*, Cincin. 1893, 349-350. — **Longaker.** A report of eigt craniotomies, with remarks on the treatment of labor in contracted pelves. *Am. Lancet*, Détroit, 1894, nº 1, XVIII, 172-175. — **Meola.** Parto cesareo operato col metoda conservatore e scgudo de félice successo. *Incurabili*, Napoli, 1894, IX, 177-190. — **Morisani.** La sinfisiotomia *Annali di ostetricia e gynécologia*, juin 1894, p. 289. — **Müller.** Deux cas d'opération césarienne. *Cong. périod. internat de gynéc. et d'obst.*, *C. r.*, 1892. Brux., 1894, I, 776-778. — **Nieberding** *Beitrag zur künstichen Frühgeburt*, Wien, 1894. — **Noble (Charles P.).** Symphysiotomy versus the induction of premature labor. *Amer. J. of obstetrics*, N-Y., 1894, II, 50. — **Perrin.** Un cas de symphyséotomie pratiquée par M. Auvard à la Maternité de Saint-Louis, mère et enfant vivants. *Arch. de tocol. et de gynéc.* septembre 1894, p. 641. — **Puech.** De la légitimité de la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique, *N. Arch. d'obst. et de gynéc.*, Paris, 1894, IX, 123-129. — **Schmid.** Die Prognose der Zangenoperationem nach den Erfahrungen an de geburth. Klinik Basel. *Arch. f. Gyn.* t., 48, H. 1, p. 32. — **Sondheimer.** Zur Einleitung der kunstlicher Frühgeburt; elektrische Reizund der Brustwarzen; Tarnier's Ecarteur utérin. *München. med. Wochenschr.*, 1894, XLI, 489-434. — **Vallois.** Étude expérimentale sur l'indication de la symphyséotomie dans les accouchements en présentation du front. *Arch. de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 561. — **Wotherspoon.** A symphyseotomy. *Med. News*, Phila., 1894, LXIV, 504.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Boxall.** Fever in Childbed, *The Am. Gynæc. and Ob. J.* 1894, nº 3, p. 268. — **Braun von Fernwald.** *Ueber Uterusruptur.* Wien, 1894. — **Braun von Fernwald.** Ueber Symphysenlockerung und Symphysenruptur. *Arch. f. Gyn.*, t. 47 H. I. p. 104. — **Braun von Fernwald.** Ueber die mechanische und blutige Dilatation des Cervix bie schiverer Eklampsie. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1894, VII, 361-365. — **Broberg.** Pernicious anemia following pregnancy. *Med. news*, Phila., 1894, XIV, 701. — **Chalke.** Fœcal impaction causing sciatica in a puerperal woman. *Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1894, XXIX, 177. — **Chambrelent.** Paludisme et grossesse. *Gazette Hebdomadaire*, Paris, 30 juin 1894, p. 311. — **Calvin.** A case of puerperal blindness. *Tr. New York M. Ass.*, 1893, X, 284-287. — **Corbeau.** Symphyse utéro-placentaire; délivrance artificielle au bout de 48 heures; tractions et irrigation continues; guérison. *Gaz. méd. de Liège*, 1893-94, VI, 412-414. — **Crossland (J. C.)** Case of placenta prævia, *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 1894, II, 85. — **Cutler.** Kidney's from a case of eclampsia. *Transactions of obstetrical society of London*, 1894, Part. II, p. 176. — **Czemetschka.** Zur Kenntnis der Pathogenese der puerperalen Infection. *Prag. med. Wochenschr.*, 1894, XIX, 233. — **Davis.** Fatal nausea and vomiting of pregnancy, with report of cases. *Med. News, Phila.*, 1894, LXIV. 597-601. — **Duffield**, Syphilis by conception. *Med. News*, septemb. 1894, p. 295. — **Dunn.** A probable case of auto-infection with some remarks on the bacteriological origin of puerperal sepsis. *Ann. Gynæc. et Pæd.*, Phila., 1893-94, VII, 569, 611. — **Dorsett.** Cæsarean section for hydrocephalic child and a ruptured uterus. *Med.*

Rev., St-Louis 1894, XXIV, 374. — **Dow**. Rupture of the uterus during labor. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1894, XXII, 741-743. — **Ducarre-Cognard**. Fièvre typhoïde chez une secondipare enceinte de huit mois, accouchement prématuré, guérison de la mère, enfant bien portante. *J. des sages-femmes*, Paris, 1894, XXII, 67. — **Engström**. *Zur Kenntniss der puerperalen Hyperinvolution der Gebärmutter*. Wien, 1894. — **Fehling**. Zur Pathologie und Therapie der Blutungen unmittelbar nach der Geburt. *Deutsch. med. Wochensch.*, Leipz., 1894, XX, 493. — **Ferré**. Contribution à l'étude de l'éclampsie puerpérale et de son traitement. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, septemb. 1894, p. 399. — **Fraipont**. Primipare rachitique; bassin de 8 centim. et demi, tentative d'application de forceps, puis version podalique pratiquée en vain, rupture du cou de l'enfant, tête retenue dans la matrice, extraction. *Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, 1894. XXXIII, 52-54. — **Gallois**. Mort du fœtus par procidence du cordon avant la rupture des membranes et le début apparent du travail. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, septemb. 1894, p. 415. — **Gilis**. Observation d'un cas de rétention et adhérences du placenta avec spasmes de l'utérus; délivrance artificielle, onze heures après la naissance de l'enfant. *Arch. de tocologie et de gynécologie*, août 1894, p. 525. — **Green (Charles M.)**. Rupture of the uterus; palliative versus surgical treatment. *Americ. J. of obstetrics*. N.-Y., 1894, II, 34. — **J. Halliday Croom**. On the causation of the sacculated pregnant uterus. *Edinb. Med. Journ.*, octobre 1894. — **Hicko**. Further contribution to the clinical knowledge of puerperal diseases. *The Am. Gyn. and obst. Jour.* 1894, n° 3, p. 320. — **Jones (W. D.)** A case of fatal nausea and vomiting of pregnancy. *Medical News*, Philad., 1894. II, 242. — **Kebell**. Anasarca in the puerperal state due to primary syphilis. *Lancet, Lond.*, 1894, I, 1131. — **Kennedy**. Cystic degeneration of the choriotic villi. *Unid. M. Mag.* Phila., 1893-4, VI, 677-681. — **Krimmel** *Ueber. frühzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz*. Tübingen 1894. — **Lantos**. *Ein Fall von Chorea u. Hyperemesis in der Schwangerschaft*. Wien. 1894. — **Legrand**. Mola uterina. *An. d. Circ. méd. argent*, Buenos-Aires, 1894, XVIX, 57. — **Liell (Edward Nicholas)**. Nephritis of pregnancy and its sequelæ, *Med. Rec.* N.-Y., 1894, II, 368. — **Long**. Puerperal convulsions with albuminuria. *Buffalo medical and surgical Journal*, juillet 1894, t. CXXXIII, p. 723. — **Lusk**. Report of eigt cases of placenta prævia, with remark on treatment. *Tr. N.-Y. M. Ass.* N.-Y., 1893, X, 76-83. — **Malcolm M. Lean**. The palliative treatment of rupture of the uterus, *Amer. J. of obstetrics*, N.-Y., 1894, II, 43. — **Mary a Dixon Jones**. Criminale abortion, its evils and sad consequences *Medical Record* New-York, 7 juillet 1894, t. I, p. 9. — **Matthaei**. Zwei Fälle von centralem Dammriss. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipz u. Berl., 1894, XX, 417-419. — **Mc Grew**. Three cases of nephritis in pregnancy. *The Am. J. of obst.* septemb 1894, p. 374. — **Mc Lean**. Accident with axis-traction forceps; spontaneous cure of a recto-vaginal fistula with hot water irrigation after labor. *N.-Y. J. Gynæc. and obst.*, 1894, IV, 591. — **Puech**. Rétention prolongée du placenta et des membranes après avortement. *Presse médicale*, 4 août 1894. — **Randolph**. The Significance of albuminurie retinitis in pregnancy; an analysis of five cases, with the histological changes present in the retina in one case. *John Hopkins Hosp. Bull.*, Baltimore, 1894, V, 69-73. — **Remy**. Tuberculose à marche rapide pendant la grossesse ; son influence sur la mère et sur l'œuf. *Arch. de toc. et de gyn.*, septembre 1894, p. 661. — **Reuter**. *Die Therapie des Nabelschnurvorfalls bei Kopflagen in ihrer allmählichen Entwicklung bis zum*

heutigen Stande der Dinge, Berlin 1894. — **Schauta**. Die Behandlung der Blutungen post-partum. *Allg. Wien. med. Zeitung.*, 1894, XXXIX, 259, 272. — **Schulz**. *Ueber Abortus, erzeugt durch Placenta prævia.* Tübingen 1894. — **Smith**. Placenta prævia; how to treat it. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1894-5, XXI, 240-243. — **Sonrel**. *Contribution à l'étude des accès éclamptiques et plus particulièrement de leur pathogénie*, Paris, 1894. — **Tibone**. *Sulla placenta previa. Tavole grafiche preparate sopra il cadavere congelato di donna morta in travaglio di parto per metrorragia e considerazioni.* Torino, 1894. — **Trahan**. Report of a case of post partum hæmorrhage. *N. Orl. M. and S. J.*, 1893-4, n. s., XXI, 893-897 — **Wider**. *Ueber puerperale Eklampsie.* Tübingen 1894. — **Wüllmers**. *Ueber Verblutungstod während der Gravidität.* Tübingen 1894.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Bourdeau d'Antony**. Curettage de l'utérus motivé par des accidents septiques graves, suite de fausse couche. *Le Limousin médical.* Limoges, juin 1894, n° 6, p. 83. — **Bokkel-Hainink**. De locale behandeling van endometritis puerperalis. *Nederl. Tijdschr. o. Verlosk. en Genœc.*, Haarlem, 1894, V. 113-146. — **Cook**. The treatment of abortion. *The american Journal of obstetrics*, New-York, août 1894, p. 229. — **Horrocks**. Intravenous injection of saline solution in cases of severe hæmorrhagie. *The Am. gyn. and obst. J.*, 1894, n° 3, p. 333. — **Kezmarsky**. Intravenöse sublimatinjektiönen (Bacelli) bei venoser Sepsis in Wochenbett. *Centr. f. Gyn.*, 22 septembre 1894. — **Malengreau**. De certains avortements répétés traités par le massage. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, septembre 1894, p. 645. — **Madden**. Observations on the ætiology, prevention and treatment of puerperal septicæmia. *Dublin J. M. Sc.* 1894, XCVII, 477-490. — **Smith**. Cases of excessive secretion of milk. *The american Journal of obstetrics*, New-York août, 1894, p. 213. — **Schrader**. Woher der therapeutische Misserfolg der Antisepsis beim puerperafieber. *Samml. klin. Vortr. N. F.*, Leipz., 1894, n° 95 (Gynäkol., n° 37, 85-98). — Ueber die Behandlung der placenta prævia mittels intrauteriner Kolpeuryse. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipz. u. Berl., 1894, XX, 422-425.

VARIA. — **Ahlfeld**. *Lehrbuch der Geburtshilfe zur wissenschaftlichen u. praktischen Ausbildung f. Aerzte u. Studierende.* Leipzig 1894. — **Culbertson**. Can albuminurie retinitis in pregnancy be prevented. *The Cincinnati lancet-clinic*, 30 juin 1894, t. XXXII, p. 699. — **Fritsch**. *Klinik der geburtshülflichen operationen.* Halle 1894. — **Haultain (Francis W.-N.)** et **Fergusson (J.-H.)**. *Handbook of obstetric nursing*, 2e éd., Edinb. et Lond., 1894. — **Hellin**. *Die Ursache der Multiparität der uniparen Tiere überhaupt und der Zwillingsschwangwschaft beim Menschen insbesondere.* München, 1894. — **Outerbridge**. Report of complicated cases involving uterus, tubes and ovaries treated successfully, with plea for conservative surgery in dealing with appendages, *Med. Rec.*, New-York, 21 août 1894, t. II, p. 166. — **Reynolds (Edward)**. The frequency of puerperal sepsis in Massachusetts, its diagnostic and efficient treatment. *The Boston med. and. surg. Journ.*, 1894, II, 158. — **Roggemann**. *Der praktische Geburtshelfer.* Würzburg.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1894

TRAVAUX ORIGINAUX

CONGRÈS DE CHIRURGIE DE LYON

Réflexions cliniques sur l'ovariotomie inspirées par la pratique de cinq cents opérations

Par le professeur **Laroyenne**, de Lyon.

J'ai pratiqué dans l'espace de vingt et quelques années cinq cents ovariotomies, le plus grand nombre de beaucoup depuis dix-huit ans, par conséquent à une époque où les règles de l'antisepsie ont pu être appliquées. Quatre cent sept malades ont guéri. La seconde moitié de cette série a fourni de meilleurs résultats que la première quoiqu'elle comprenne des cas d'une gravité au moins équivalente. Je compte parmi les quatre-vingt-treize malades qui ont succombé celles qui ne se sont jamais complètement rétablies et dont la repullulation gélatineuse du bassin avec persistance d'une fistule a fini par entraîner la mort deux ou trois ans après l'opération.

Je compte aussi celles qui, remises en apparence complètement sur pied, ont présenté assez rapidement des récidives qu'un de mes internes, faute de mieux, a désignées du nom de récidives aberrantes ; celles-ci doivent résulter de l'adhérence d'un lambeau ou d'une parcelle du kyste qui a échappé à l'opération. Ce lambeau proliférera sur l'organe

auquel il est uni, déterminera rapidement de l'ascite et fera croire à tort à un néoplasme de mauvaise nature. D'autres fois il est transporté par une anse intestinale dont il n'a pu être détaché et il vient se greffer sur un point quelconque de la surface péritonéale loin du lieu où il se trouvait après la fermeture de l'aponévrose abdominale. Ces productions déterminent des accidents à forme d'autant plus rapide qu'elles sont dépourvues de toute enveloppe kystique isolante.

J'ai toujours et de plus en plus considéré tous les kystes de l'ovaire comme opérables. La certitude de la mort durant l'opération m'a paru être son unique contre-indication ; et encore chez quelques malades cette contre-indication a-t-elle pu être écartée quelquefois par une ponction évacuatrice d'une des loges manifestement fluctuante.

La suppression provisoire des troubles profonds de la respiration et des autres fonctions permet à ces malades de renaître et de mieux résister quelques jours après à l'ébranlement opératoire.

Les accidents fébriles, la présence de l'albumine dans les urines, les affections du cœur ne m'ont point arrêté, et j'ai pu de loin en loin arracher quelques-unes de ces désespérées à une fin prochaine. Cette année même, sans recourir à l'anesthésie, je suis intervenu chez trois malades ayant dépassé 70 ans, affectées de lésions cardiaques avec asystolie ; l'une d'elles s'est promptement guérie, les deux autres ont survécu huit jours.

La technique de cette opération, quoique bien arrêtée aujourd'hui, présente quelques détails d'exécution qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler. Ainsi, le péritoine une fois ouvert, il est bien de libérer avec un doigt les adhérences comprises à ce niveau entre la paroi abdominale et la tumeur. Cette libération permettra à cette dernière de se porter légèrement en avant et d'être plus facilement attirée au dehors de la plaie au moment de la ponction.

Elle rendra ainsi l'écoulement du liquide plus facile en

dehors de la cavité péritonéale. Il faut pour diminuer les chances de la déchirure de l'orifice abandonner les trocarts d'un trop grand diamètre et choisir pour la ponction un point qui paraisse offrir une certaine épaisseur, mais situé à l'angle supérieur de la plaie. En effet, par suite de l'évacuation du liquide, la tumeur subit un mouvement de bascule qui porte en bas près du pubis l'ouverture qui vient d'être pratiquée et l'empêche d'être surveillée comme elle le mérite.

Les adhérences nacrées dépourvues de vaisseaux sont divisées, les vasculaires liées et sectionnées ainsi que le pédicule.

Après les ligatures nécessaires pour une complète hémostase, s'il persiste au centre d'un pédicule trop court une petite partie de la poche, on l'énuclée facilement. Sa surface cruentée peut fournir un liquide nocif ou tout au moins disposé à adhérer à une anse intestinale et à l'étrangler. Aussi, pour le recouvrir, un surjet péritonéal adossera les surfaces séreuses qui viendront abriter la plaie. Cette péritonisation du pédicule, comme on l'a appelée, doit être appliquée aux brides vasculaires d'un certain volume ; elles méritent d'être traitées en tout comme des pédicules accessoires.

Lorsque la tumeur présente des adhérences solides et étendues la conduite à suivre est différente :

1° Dans les kystes à *contenu fluide* sans prolifération endogène ;

2° Dans ceux composés de tumeurs demi-solides ou colloïdes.

Les premières une fois incisées sont suturées à l'ouverture abdominale. Quelle que soit l'étendue de la cavité, elle se rétracte lentement sans présenter de complication intercurrente. Aussi des malades d'un âge avancé ponctionnées périodiquement et qui finiraient par succomber sont-elles parfaitement rétablies par la simple incision de la poche.

L'ablation de celle-ci, fût-elle à la rigueur possible, mieux vaut s'en abstenir. On n'a pas à se préoccuper d'une éven-

tration consécutive ; si elle apparaît, ce qui est une rare exception, ce n'est que sur des points très restreints de la cicatrice où elle reste indéfiniment stationnaire.

Mais lorsqu'on a affaire à un kyste multiloculaire, gélatineux, fermement adhérent, il faut procéder à son décollement après introduction d'une sonde dans la vessie et dans le rectum afin de s'orienter dans ces manœuvres laborieuses. Celles-ci sont-elles infructueuses ou présentent-elles des dangers? On n'insistera pas et on recourra à la séparation du feuillet interne et à son extirpation. On extraira par le curage et des frottements rudes avec de la gaze toutes les productions enkystées colloïdes. Ne réussit-on qu'imparfaitement? Il faut, tout en conservant les adhérences de la paroi externe de la tumeur avec le péritoine du bassin et des organes qui y sont contenus, la tendre et l'attirer le plus possible en dehors de l'orifice abdominal où elle va être suturée. Cette précaution permettra de la surveiller et de détruire au moment de leur apparition les néoformations dès lors moins profondément situées et qui continueraient à végéter. A la suite de toutes les manœuvres que je viens de rappeler, il peut se produire des fissures, des déchirures de la paroi du kyste. En pareille circonstance, j'estime utile de la recoudre pour maintenir l'indépendance de la loge kystique et de la cavité péritonéale et diminuer les chances d'infection de cette dernière.

Pour ces kystes de l'ovaire sous-péritonéaux à loges multiples, gélatineux, dépourvus de pédicule, incisez la paroi antérieure constituée par le ligament large extrêmement épaissi et auquel sont souvent intimement soudées des anses intestinales ; procédez à sa décortication en découvrant un ou plusieurs plans favorables à son décollement ; ménagez les incisions : les intestins et l'épiploon ne se rencontrent ni profondément, ni sur les côtés ; c'est la vessie et l'uretère déplacés qu'il est essentiel d'avoir présents à l'esprit pour ne pas les intéresser.

Si un acte opératoire mérite d'être bien et complètement

terminé, sans arrière-pensée de complication future qu'on aurait pu éviter, c'est bien l'ovariotomie. On ne saurait compter sur les retouches : le sang, la sérosité, le pus, la matière kystique doivent être sur le champ minutieusement étanchés et les sources de leur production parfaitement taries. On devra s'ingénier à recouvrir les parties dénudées par des adossements de surface séreuse et au besoin par quelques points de suture.

Le drainage à la gaze iodoformée a-t-il été jugé utile? On posera à son niveau deux ou trois fils d'attente qui seront noués au moment où la gaze sera retirée. Ces fils réuniront solidement la paroi abdominale et préviendront dans l'avenir toute éventration.

Nouveau traitement de l'antéflexion de l'utérus par l'hystéropexie

Par le professeur **Laroyenne**, de Lyon.

La sensibilité de l'utérus dans la marche et la station debout, qui peut accompagner l'antéflexion de cet organe, revêt souvent pendant la période menstruelle une forme des plus douloureuses. Le sang s'écoule péniblement, il s'accompagne de l'expulsion de petits caillots et de membranes caractérisant une des formes de l'endométrite membraneuse. Sa stérilité est généralement la conséquence de cette antécoudure que les rapports sexuels ne font qu'aggraver. L'antéflexion compliquée de dysménorrhée se rencontre bien plus rarement chez les femmes qui ont eu des enfants.

Les traitements employés jusqu'ici sont impuissants à modifier et à guérir cette malformation avec les accidents qu'elle comporte.

L'amputation du col, son débridement bilatéral, la section de l'éperon situé en avant de l'orifice interne ne produisent aucun résultat durable.

L'avenir décidera de l'efficacité et des dangers de la cunéihystérectomie de Thiriar.

L'ablation des ovaires a pu faire cesser les accidents douloureux de la menstruation en supprimant cette fonction, et certainement un bon nombre de castrations ont été pratiquées pour des douleurs pelviennes qui étaient simplement la conséquence de l'antéflexion. La guérison des douleurs que l'on croyait sous la dépendance des ovaires était obtenue au prix de la stérilité.

J'ai pensé que la ventro-fixation de l'utérus pourrait redresser l'angle de l'antéflexion compliquée ou non d'adhérences et supprimer le rétrécissement qu'elle produit.

En effet, les tractions exercées sur l'utérus par sa suture à la paroi abdominale opposée à la contre-extension opérée par l'insertion du vagin sur le col, déterminent l'effacement de l'angle et la correction de la déviation.

De plus, le col ne vient plus presser sur la paroi postérieure du vagin et s'y infléchir. Aussi que l'utérus ait conservé sa mobilité ou qu'il l'ait perdue, pourvu que l'exploration des annexes ne décèle pas une tuméfation des trompes ou des ovaires par trop manifeste, s'il s'agit en un mot d'une annexite sèche, membraneuse, on doit respecter ces adhérences et fixer simplement l'utérus à la paroi abdominale.

Les règles seront dès lors moins douloureuses ou ne le seront plus du tout; et on a lieu de croire au retour de la fécondité chez des femmes jusqu'alors stériles (1).

L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes

Par **M. P. Segond**, de Paris.

Je n'ai pas à rappeler les nombreux travaux qui, depuis 1891, ont été publiés sur l'hystérectomie vaginale, et dans lesquels sont exposées les indications principales de cette

(1) Marcel Baudoin indique dans sa thèse inaugurale et pour l'avenir l'application de l'hystéropexie aux antéversions et aux antéflexions aiguës compliquées d'adhérences préalablement détruites.

opération, ses avantages et ses inconvénients, dans les suppurations pelviennes, les néoplasmes utérins, le prolapsus utérin et même les névralgies pelviennes.

Un seul chapitre a été laissé dans l'ombre : c'est celui qui a trait à la valeur relative et aux indications particulières de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des tumeurs, kystes ou tumeurs solides, développées aux dépens des annexes de l'utérus. Ce n'est pas qu'il n'y ait eu déjà des tumeurs de ce genre enlevées par la voie vaginale, et MM. Richelot et Bouilly notamment en ont rencontré un certain nombre dans leurs hystérectomies vaginales, mais aucune étude n'a été jusqu'ici dirigée spécialement dans ce sens.

Depuis quelque temps, parallèlement aux progrès de l'hystérectomie vaginale, la chirurgie vaginale conservatrice s'est également perfectionnée, et indépendamment des débridements des collections pelviennes ou de leur simple ponction par le vagin, opérations qui trouvent leurs indications, MM. Laroyenne et Goullioud ont appelé l'attention sur l'extirpation des pyosalpinx par la même voie. Mais je ne veux m'occuper que des tumeurs des annexes : or, l'ovariotomie vaginale, pour kystes de l'ovaire, semble avoir gagné du terrain, et Jacobs a pu citer l'observation d'une femme de 35 ans, à laquelle il avait enlevé ainsi un énorme kyste de l'ovaire, et qui a accouché depuis. Ce succès et tous ceux qui sont maintenant publiés, ne sont pas, à mon avis, de nature à faire de l'ovariotomie vaginale autre chose qu'une opération d'exception, mais ils prouvent qu'une erreur de diagnostic sur la bilatéralité, au début d'une hystérectomie vaginale, est une faute très réparable, et qu'on peut, en fin de compte, la racheter fort bien en enlevant seulement les parties malades.

L'hystérectomie vaginale, pour tumeurs des annexes, n'a tout d'abord été pratiquée qu'à la suite d'erreurs de diagnostic, mais les faits recueillis de la sorte n'en sont pas moins intéressants et, grâce à eux, j'ai pu me convaincre des avan-

tages de ce mode d'intervention dans les cas de ce genre; c'est ainsi que j'ai opéré par hystérectomie vaginale quatre volumineux kystes de l'ovaire, pour lesquels on avait fait le diagnostic de suppuration pelvienne, et ces faits m'ont prouvé que l'indication pouvait être avantageusemeut posée de parti pris, devant un diagnostic ferme de tumeur ovarienne.

Je vous apporte donc sept autres observations dans lesquelles, après avoir diagnostiqué un kyste de l'ovaire avec lésions bilatérales, j'ai fait par le vagin l'ablation totale de l'utérus et des annexes. Ces sept observations, pour lesquelles j'ai eu sept succès, comprennent quatre kystes multiloculaires ordinaires, un kyste dermoïde avec salpingo-ovarite du côté opposé et, enfin, deux cas de tumeurs végétantes de l'ovaire avec ascite, dont la guérison, depuis trois ans, s'est maintenue parfaite.

Ces faits me font penser que, dans un certain nombre de cas où il s'agit de tumeurs de l'ovaire ne remontant pas au-dessus de l'ombilic et où l'on a des renseignements positifs sur la bilatéralité des lésions, l'hystérectomie vaginale constitue une bonne opération.

A cette manière de voir on peut cependant opposer quelques objections, notamment au point de vue du pronostic immédiat et aussi du pronostic éloigné.

En ce qui concerne l'avenir de ces malades, je puis dire que mes onze opérées, que j'ai revues tout récemment, n'accusent aucun trouble appréciable. On peut toutefois se demander si l'ablation de l'utérus ne peut pas avoir comme résultat d'accroître les désordres nerveux. Or, comme j'ai fait jusqu'ici 400 hystérectomies vaginales, et que je suis toutes mes malades, je puis affirmer que l'ablation de l'utérus ne paraît pas exercer la moindre influence sur ces accidents nerveux, dont la rareté est d'ailleurs beaucoup plus grande qu'on ne le dit.

Quant au pronostic immédiat, mes onze succès, sur onze opérations, montrent ce qu'il faut en penser. Il est bien évident

que l'opération est dangereuse et difficile, mais, lorsqu'on sait la faire, le danger et les difficultés ne présentent rien de particulier.

Au point du vue du manuel opératoire, l'intervention ressemble à celle à laquelle on a recours dans les cas de fibrome, avec cette différence que l'évacuation des kystes facilite singulièrement leur ablation. Lorsqu'il s'agit d'un kyste végétant, la principale difficulté consiste à tout enlever et à ne pas laisser de débris, qui deviendraient le point de départ de végétations nouvelles.

L'objection principale qui peut être faite réside dans la difficulté du diagnostic de la bilatéralité des lésions et de la nature de la tumeur, mais cet argument est sans valeur, attendu que, quoi qu'on en dise, il est toujours temps de s'arrêter, à moins que l'erreur de diagnostic ne change rien à l'indication opératoire. Lorsque, par exemple, il s'agit de fibromes, la malade n'en bénéficiera pas moins de l'intervention. Me basant sur 85 faits que je publierai ultérieurement, je pense, en effet, que, dans les cas de tumeur fibreuse nécessitant une opération et ne dépassant pas l'ombilic, c'est encore la voie vaginale qui constitue la méthode de choix.

Des considérations que je viens d'exposer, je veux tirer deux conclusions :

La première, c'est que dans certains cas de tumeurs ovariennes nettement bilatérales, adhérentes ou non adhérentes, et ne dépassant pas le niveau de l'ombilic par leur limite supérieure, il me paraît indiqué de donner aux malades les avantages habituels de l'ablation par la voie vaginale, à la condition expresse de simplifier le manuel opératoire et d'assurer la bénignité du pronostic par la suppression préalable ou complémentaire de l'utérus.

Ma deuxième conclusion, c'est qu'il est chaque jour plus faux de prétendre que, dans les interventions vaginales, tout chirurgien commençant une hystérectomie s'expose, soit à compromettre la fécondité par son premier coup de bistouri, soit à rester désarmé devant la moindre erreur de diagnostic.

Pour le cas particulier d'une erreur de diagnostic conduisant sur des néoplasmes péri-utérins, alors qu'on s'attendait à trouver des lésions purement inflammatoires, le fait est clair et mes observations me semblent démonstratives. Mais il y a plus : cette possibilité de conserver à l'intervention vaginale toute sécurité en cas d'erreur de diagnostic, se retrouve aussi complète lorsqu'on entreprend de parti pris l'ablation vaginale des tumeurs ovariennes remplissant les conditions que j'ai spécifiées. En cas d'unilatéralité méconnue, les ressources restreintes, mais réelles, de la cœliotomie permettent, en effet, aussi bien de s'arrêter à temps que d'enlever seulement les parties malades, et, lorsque l'erreur porte non plus sur la bilatéralité, mais sur la nature et le siège de la tumeur, on conserve encore tous les avantages de la méthode adoptée, puisque la voie vaginale est certainement la meilleure pour s'attaquer aux tumeurs comme aux kystes des ligaments larges, toutes les fois que leurs dimensions le permettent.

Tout ce que je viens de dire n'est applicable, bien entendu qu'à la condition de parfaitement connaître toutes les ressources du manuel opératoire, de savoir varier ou combiner ses manœuvres suivant les circonstances et de n'avoir aucun parti pris pour tel ou tel procédé qu'on a le tort de vouloir individualiser, puisqu'ils ne sont tous en réalité que des dérivés ou des armes isolées d'une seule grande méthode, le morcellement.

Fibrome du poids de 48 livres développé dans la zone graisseuse du rein. Ablation de la tumeur et du rein droit. Guérison. Présentation de la pièce et de la malade

Par le professeur **Auguste Reverdin**, de Genève.

Femme de 46 ans ne pouvant, depuis de longs mois, quitter le lit du fait d'une tumeur énorme intra-abdominale, tumeur dont la compression apportait une gêne considérable

à la circulation. Les membres inférieurs, le ventre, la vulve étaient tellement œdématiés, que tout examen était impossible. La malade prétendait être enceinte, avoir nettement senti les mouvements de l'enfant ; en admettant cette assertion et en tenant compte de l'époque de la dernière menstruation, on était amené à supposer qu'il s'agissait peut-être là d'une grossesse extra-utérine.

A la palpation on sentait une grosse masse bilobée, dure comme du fibrome, et occupant surtout le côté gauche, le seul sur lequel pût rester la malade sans être prise de suffocation.

En présence de l'état désespéré de la malade, de l'insistance qu'elle mettait à demander du secours, comme aussi tenant compte de bons résultats survenus dans des conditions assez analogues, R... se décida à intervenir.

Le 25 mai 1894, la malade étant facilement endormie avec quelques grammes d'éther, une incision de 20 centim. est pratiquée sur la ligne médiane ; la tumeur est recouverte par plusieurs couches de péritoine qui sont successivement divisées ; l'incision est portée à 40 centim. pour permettre l'énucléation de l'énorme masse qui se présente.

Au milieu de celle-ci, dans un sillon transversal qui la divise assez profondément en deux parties presque égales est situé le rein droit. La tumeur fibreuse s'est développée au-dessous de cet organe dans la zone celluleuse qui l'entoure. C'est de la sorte que le rein a été peu à peu porté au devant de la tumeur dont il occupe en fin de compte la face antérieure.

Comme il est impossible de séparer l'organe, lequel d'ailleurs a l'air sain, du néoplasme, on l'extirpe après avoir lié son pédicule en deux portions.

La dissection de la tumeur se poursuit heureusement et devient d'autant plus facile qu'on se rapproche de ses parties postérieures. Elle n'est retenue par aucun pédicule important, et s'énuclée aisément de couches celluleuses lâches.

La tumeur pèse 48 livres et mesure 1 mètre 33 centim. de circonférence. Elle est constituée par le rein droit, dont l'uretère est notablement élargi et par une masse fibreuse pure, homogène, très dure, peu vasculaire.

La malade, qui a bien subi l'opération, devient rapidement très faible, le pouls baisse d'une façon très inquiétante, une issue fatale est imminente.

Des bandes de caoutchouc préparées dans cette prévision sont rapidement appliquées par les assistants sur les membres inférieurs de façon à refouler à l'aide de cette pression énergique et soutenue le sérum naturel que peut fournir en abondance l'œdème de ces parties. En même temps on élève les bras de la malade et on lui injecte sous la peau du thorax, environ 300 grammes d'eau salée à 40°. L'effet de ces moyens combinés ne se fit pas attendre, le pouls reprit très rapidement. La suture abdominale et le pansement achevé, la malade fut reportée dans son lit où elle reprit bientôt ses sens. L'opération avait duré 50 minutes.

Les jours suivants la malade rendit une quantité normale d'urine ; il est évident que le rein qui lui restait avait depuis longtemps sans doute fonctionné pour deux.

Le cinquième jour, des vomissements très abondants de bile commencèrent et ne firent qu'augmenter les jours suivants. L'alimentation devenait impossible et la faiblesse augmentait rapidement. Le septième jour un vaste lavage de l'estomac avec de l'eau salée, environ 8 litres, produisit un effet remarquable ; les vomissements cessèrent absolument pour ne plus revenir.

A partir de ce moment la malade put profiter de la nourriture qu'elle prenait et revint rapidement à l'état de santé très satisfaisant dont elle jouit aujourd'hui.

Le professeur A. R. présente la malade, sa photographie avant et après l'opération et le moule en plâtre de la tumeur.

Grossesse extra-utérine ; lithopédion datant de trois ans ; laparotomie ; guérison

Par M. **Djemil-Bey.**

L'observation que je vais résumer brièvement se rapporte à une femme qui, après avoir présenté, il y a trois ans, tous les signes d'une grossesse normale, eut un faux travail au neuvième mois, avec de légers accidents de péritonite. Le volume du ventre diminua ensuite et resta stationnaire.

A la palpation, on sentait une tumeur sous-ombilicale dure, bosselée, ronde, très peu mobile. Au toucher, on constatait que le col utérin était un peu remonté, dévié en avant; l'utérus était mobile ; le cul-de-sac antérieur était effacé et comblé par une tumeur dure, bosselée et grosse comme une tête d'enfant.

Je pratiquai une laparotomie médiane le 10 septembre dernier. La tumeur, mise à découvert, occupait la partie médiane et gauche de l'abdomen et adhérait fortement aux intestins et à l'épiploon. J'incisai le kyste et le fœtus fut enlevé. J'eus beaucoup de peine à attirer la poche hors du ventre, et je dus laisser la couche superficielle d'une partie de cette poche adhérente à l'intestin.

Au huitième jour, la cicatrisation était complète, et la malade a quitté l'hôpital dans un parfait état de santé.

M. Pilliet (de Paris). — Les cas analogues à celui qui vient d'être rapporté sont souvent confondus avec des fibromes utérins, et il est important de rechercher la cause de cette erreur, qui réside surtout dans les hémorrhagies. Dans la grossesse tubaire ordinaire, la plus fréquente, dans laquelle il n'y a généralement plus de fœtus, il ne reste qu'un caillot, un fragment de placenta adhérent, qui se détache lentement, comme tout débris d'avortement, mais cela plus encore dans la trompe que dans l'utérus. Par conséquent, toute grossesse tubaire sera caractérisée par des hémorrhagies répétées, mais comme il y a une poche qui se remplit d'abord, avant de se vider, ce sera sous la forme de cail-

lots que ces hémorrhagies se manifesteront, ce qui ne s'observe pas dans le cas de fibromes. D'autre part, si l'on examine ce sang, on y trouvera toujours des villosités placentaires, chaque fois qu'il s'agira d'une grossesse tubaire. Enfin, si l'on tient compte de ce fait que, dans le cas de grossesse tubaire, on observe une tumeur unilatérale qui subit brusquement des poussées intermittentes, suivies d'expulsion de caillots, on voit que le diagnostic peut être facilement établi.

Hystérectomie totale abdominale secondaire à une laparotomie avec ablation bilatérale des annexes

Par le Dr **Ed. Schwartz**, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Toutes les fois qu'il s'agit de lésions annexielles nettement bilatérales, nous sommes formellement partisan de la castration utéro-ovarienne par la voie vaginale, considérant que l'opération de Péan-Segond donne le plus de garanties au point de vue de la bénignité et de l'efficacité thérapeutique. Nous n'avons fait d'exception, toutes les fois que le diagnostic a pu être établi, que pour une seule lésion, nous voulons parler de la dégénérescence scléro-kystique des ovaires pour laquelle, de parti pris, nous sommes constamment intervenu par la laparotomie. Nous trouvons, en effet, que dans la très grande majorité de ces cas, où il n'existe en général aucune adhérence, où l'ablation des annexes se fait presque toujours avec une facilité, et, par suite, une rapidité très grandes, surtout quand on emploie la position déclive de Trendelenburg qui écarte loin du champ opératoire les anses intestinales, la laparotomie ne donne prise à aucun accident opératoire, ce qu'on ne pourrait dire tout à fait de l'hystérectomie vaginale même la plus simple, la plus facile ; sa terminaison peut dépendre d'un défaut des pinces employées pour la forcipressure, d'une irrégularité dans le pansement ; j'ai perdu, pour mon compte, une opérée d'hystérectomie vaginale, chez laquelle, malgré les soins que j'y

avais apportés, une pince non garnie de gaze iodoformée donna lieu à la production d'une petite eschare de l'intestin grêle qui a été le point de départ d'une péritonite.

Une autre raison me pousse encore vers la laparotomie dans le cas spécial indiqué : c'est, si les lésions sont relativement localisées ou peu étendues, la faculté de pouvoir conserver tout ou partie de l'ovaire et de la trompe et de traiter la lésion soit par la résection, soit par l'ignipuncture, comme l'a préconisé, depuis l'année dernière, notre collègue le Dr Pozzi.

En dehors de ces circonstances, l'hystérectomie vaginale est pour nous comme pour beaucoup la méthode de choix que la récente et excellente thèse de Baudron ne peut que consolider et affermir.

C'est assez dire que la voie abdominale appliquée à l'extirpation de l'utérus dans les cas de lésions annexielles, qu'elle soit primitive ou secondaire, me paraît devoir être absolument exceptionnelle et commandée par des indications absolument spéciales.

C'est à ce titre que je rapporterai l'observation qui va suivre.

Mlle X..., âgée de 38 ans, nous est adressée en mars 1891, pour des accidents utérins sérieux qui remontent à un an environ. Il s'agit d'une malade très nerveuse, pour ne pas dire hystérique (elle n'a jamais eu de grandes crises, mais présente de l'anesthésie pharyngée, de l'anesthésie cornéenne), qui est atteinte, depuis quelques mois, de douleurs excessivement violentes, irradiées dans le bas-ventre et les reins, revenant sous forme de crises et surtout exaspérées au moment des règles, qui sont régulières mais peu abondantes. Ces douleurs continues avec exacerbation, sont tellement vives, qu'elle ne peut se livrer à aucune occupation, voire même rester debout, à plus forte raison marcher. Elles sont accompagnées de crises analogues du côté de l'anus qui présente tous les signes de la fissure intolérante. Avec cela, Mlle X... présente manifestement une dilatation de l'estomac assez accentuée.

L'examen des organes génitaux, très difficile à cause de l'étroitesse de la vulve et du vagin, nous montre qu'il existe sans aucun doute une métrite granuleuse du col, avec de l'endolorissement des culs-de-sac droit et gauche et de la douleur très vive à la pression bimanuelle qui nous font penser à une dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

Mon excellent ami et collègue le Dr Dejerine, qui voit la malade au point de vue médical, traite d'abord son état nerveux et sa dilatation de l'estomac, mais est d'avis, comme nous, que seul un traitement local direct peut amener une modification du côté des phénomènes pelviens et anaux.

Nous pratiquons donc la dilatation à la laminaire, suivie d'un curettage, et la dilatation forcée digitale de l'anus.

Les douleurs de la fissure cèdent à ce traitement, mais les douleurs abdomino-pelviennes persistent. Après avoir bien observé la malade pendant deux mois, essayé de toutes les médications, convaincus qu'il ne s'agit pas de névralgies pelviennes *sine materia,* nous proposons l'ablation par la laparotomie des annexes que nous soupçonnons malades. Cette opération est pratiquée le 14 juin 1891.

Nous trouvons, en effet, les ovaires droit et gauche complètement dégénérés et offrant le type de l'ovaire scléro-kystique ; la trompe gauche est épaissie et adhérente à gauche au petit bassin ; elle ne l'est pas à droite, mais toutes deux sont épaisses, rouge foncé et parsemées sur toute leur longueur d'une foule de petits kystes sous-péritonéaux. Les annexes sont enlevées en totalité à gauche et à droite et sectionnées au thermocautère après ligature tout près des cornes utérines avec une soie nº 3. L'utérus porte à gauche un petit corps fibreux, gros comme une noisette, et auquel nous ne touchons pas. Le ventre est refermé par un double plan de sutures à la soie et au crin de Florence.

Le deuxième jour, notre opérée présente une aphonie bien caractéristique de la névrose. Celle-ci dure cinq à six jours pour être remplacée ensuite par des accès de contracture avec perte de connaissance. Malgré tout, aucun accident du côté du champ opératoire.

Les fils sont enlevés le neuvième jour et la malade est guérie de son intervention. Mais si les douleurs ont complètement disparu à gauche, elles ont repris à droite, se manifestent sous

forme de brûlures, d'élancements nullement comparables à ce qui existait primitivement ; de plus, il se produit des spasmes du col de la vessie.

Tous les accidents que je ne décrirai pas tout au long, car ils relevaient, pour la plupart, de l'état nerveux, cèdent en partie si bien que l'opérée peut se lever et partir pour Néris en août 1891.

Elle en revient toujours souffrante ; elle est soignée pendant toute l'année 1892, tantôt par l'électricité, tantôt par les aimants, puis par les injections séquardiennes ; elle accuse constamment une douleur et une hyperesthésie intense, excessivement vive de toute la paroi abdominale, avec exacerbation par la pression ; puis, à partir d'octobre 1892, se produit un écoulement sanguinolent, fétide, par le vagin dont l'utérus est certainement le point de départ. Cet écoulement, accompagné de dépérissement, de vomissements, résiste à tout traitement local, à un nouveau curettage, à l'électrolyse, aux injections de perchlorure de fer, après dilatation et exploration de la cavité utérine. Il nous est démontré qu'il ne s'agit nullement d'un néoplasme, pas plus que d'un fibrome en voie d'accroissement.

La métrorrhagie s'accentuant de plus en plus, la malade dépérissant progressivement, notre cher maître le docteur Périer est consulté et est d'avis, comme nous, que la seule ressource est l'hystérectomie. L'examen local nous montre un utérus relativement petit, atrophié, qu'on aborde facilement au-dessus du pubis, tandis qu'il est très difficile de l'atteindre par le vagin qui est très long et très étroit ; il est certain qu'ici l'hystérectomie vaginale serait une opération difficile, alors que l'extirpation par l'abdomen se présente au contraire dans des conditions d'abord et de simplicité beaucoup plus grandes. Nous fûmes donc d'avis de pratiquer l'hystérectomie totale abdominale. Toutes nos recherches avaient été faites sous le chloroforme, la malade souffrant beaucoup dès qu'on la touchait et palpait, et nous avions pu nous convaincre qu'il n'existait aucune lésion apparente du côté des pédicules de l'ancienne laparotomie.

L'opération fut pratiquée par moi le 9 mai 1893

Après antisepsie préalable du vagin obtenue par les lavages à la solution de sublimé à 1/2000 et le tamponnement méthodique à la gaze iodoformée fait pendant quarante-huit heures, nous faisons la laparotomie médiane ; une pince à érignes a été

préalablement appliquée sur le col dont elle ferme complètement l'orifice. Elle nous servira à repousser en haut l'utérus. Le ventre ouvert, j'examine immédiatement les deux pédicules dont je retrouve les deux ligatures de soie parfaitement tolérées et enkystées; je prends entre deux pinces clamps les deux ligaments larges de chaque côté en dehors d'elles et coupe entre les deux pinces; puis rasant le bord de l'utérus nous arrivons sur les artères utérines qui sont pincées et liées de chaque côté. Cela fait, décollement de la vessie en avant, l'utérus étant soulevé par un aide qui pousse sur la pince vaginale. Ouverture du vagin au niveau du cul-de-sac postérieur; désinsertion circulaire très facile et pincement, puis ligature des artères vaginales.

Ligatures de soie n° 3 sur les pédicules des ligaments larges.

Drainage du vagin à la gaze iodoformée, de dedans en dehors.

Réunion de la paroi abdominale par deux plans de sutures à la soie n° 1 et aux crins de Florence.

L'opération n'a pas duré trois quarts d'heure.

L'opérée se réveille facilement et ne souffre que peu, mais elle présente une légère oppression qui n'est pas sans nous inquiéter, quoique nous puissions la mettre sur le compte de son nervosisme.

Le troisième jour, après une selle copieuse et l'émission de gaz, elle est prise d'une douleur très violente à gauche, d'un point de côté avec dyspnée intense, vomissements continus, pouls fréquent et petit, avec température au-dessous de 37°, puis de 36°. Ces accidents sont combattus par le champagne glacé, des piqûres de caféine, des injections de sérum artificiel, les ballons d'oxygène. Rien n'y fait. Comme nous remarquons qu'elle émet très peu d'urine, nous nous demandons si le tamponnement iodoformé ne comprime pas un uretère, quoiqu'elle ne présente aucun phénomène douloureux, ni aucune augmentation de volume des reins. Néanmoins le tamponnement est enlevé le 11 mai à 5 heures du soir, et le lendemain tous les accidents avaient disparu.

La guérison se fit à partir de ce moment sans encombre et cette fois définitivement.

Notre opérée, après avoir eu quelques abcès dans les cuisses gauche et droite, déterminés par des piqûres qui y avaient été faites, est rentrée chez elle conservant un peu de parésie avec contracture du membre inférieur droit, mais ne présentant plus

aucun phénomène pathologique du côté des organes génitaux.

Elle a repris la vie habituelle et ne se plaint que de bouffées de chaleur, de vapeur, de crises d'étouffements qui se produisent au moment où devaient paraître les menstrues.

L'examen de l'utérus enlevé nous a permis de nous assurer qu'il n'existait aucune lésion apparente du côté des pédicules liés deux ans auparavant.

L'organe lui-même est atrophié, il ne mesure pas plus de 6 centimètres de longueur : c'est à peine si on retrouve au niveau du fond le petit corps fibreux gros comme une noisette qu'on avait trouvé en mars 1891. Une section verticale de sa paroi antérieure montre qu'il existe dans la cavité du corps de l'utérus une ulcération à bords déchiquetés, à fond villeux, couverte de caillots ; elle s'étend sur toute la cavité du corps dont elle a détruit la muqueuse en arrière et à droite.

L'examen histologique a montré que c'était très probablement une ulcération de nature bacillaire, à cause des nombreuses cellules géantes trouvées à la coupe; malheureusement, la pièce ayant été mise aussitôt dans l'alcool rectifié, il a été impossible de faire des inoculations qui seules eussent donné la certitude.

Quoi qu'il en soit, nous ne voulons retenir de cette observation que le côté purement chirurgical. En somme, l'hystérectomie faite par l'abdomen a été relativement facile, beaucoup plus facile que ne l'eût été l'extirpation par la voie vaginale. Grâce à la profondeur du vagin, à l'élévation possible de l'utérus derrière et au-dessus du pubis par la pince vaginale, tous les temps difficiles de l'hystérectomie abdominale totale se sont exécutés facilement et rapidement, le tout favorisé par la position déclive de Trendelenburg, qui rend dans toutes ces interventions des services sur lesquels il est inutile d'insister. Nous pensons donc que dans les cas exceptionnels où la matrice est haut située et mobile, le vagin long et étroit, il y aura avantage à faire l'hystérectomie abdominale totale et cela dans des conditions de sécurité sur lesquelles plus n'est besoin de revenir.

De la voie vaginale, avec restauration immédiate du sphincter, dans les excisions pour rétrécissements non cancéreux du rectum

Par **V. Campenon**, agrégé de la Faculté de Paris.

L'excision est le procédé de choix pour les rétrécissements non cancéreux du rectum, mais, pour qu'elle donne tout ce qu'on est en droit de lui demander, il faut qu'elle soit faite largement et qu'elle respecte les fonctions sphinctériennes.

La voie vaginale *médiane*, avec incision de tous les tissus depuis la peau jusqu'au-dessus du rétrécissement et restauration immédiate du sphincter, répond à ces deux indications.

Après antisepsie préliminaire, l'opération est conduite de la façon suivante :

La malade est placée dans la position dite du spéculum, les cuisses fortement fléchies. Une large valve refoule sous le pubis la paroi antérieure du vagin. On fend rapidement et d'un seul coup, sur la ligne médiane, cloison vagino-rectale, fourchette, périnée et anus. Deux anses de fil passées aux angles des lambeaux ainsi taillés servent à écarter les parties et à tendre la région ano-rectale que l'on a dès lors absolument sous les yeux. Une incision parallèle à l'anus, n'intéressant que l'épaisseur des parois rectales, est faite immédiatement au-dessous du rétrécissement. On dissèque de bas en haut toute la portion à réséquer qu'on enlève d'un coup de ciseaux. On libère dans une étendue suffisante la partie supérieure saine jusqu'à ce que l'on puisse facilement l'amener au contact du segment ano-rectal conservé.

La restauration est assurée par trois temps successifs : 1° affrontement des deux bouts du rectum par double plan de suture musculaire et muqueuse (la suture de la couche musculaire doit comprendre une épaisseur assez grande de tissu pour éviter les sections ultérieures) ; 2° restauration du sphincter par points de suture spéciaux avec affrontement

très exact des surfaces; 3° réfection du vagin et du périnée comme dans la périnéorrhaphie.

Le pansement consiste dans le tamponnement à la gaze iodoformée du vagin et du rectum avec mise à demeure d'un gros tube en caoutchouc intra-rectal assurant l'issue des gaz.

Pratiqué le 8 août chez une femme de 26 ans, atteinte de rétrécissement vénérien très étroit siégeant à l'union de l'anus et du rectum, ce procédé opératoire a donné plein succès : résection de cinq centimètres du rectum, opération relativement rapide (trois quarts d'heure), absence de toute complication ultérieure, réunion par première intention du vagin, du périnée et de la presque totalité du rectum, deux points de la muqueuse ano-rectale coupent, mais l'écartement est insignifiant et la restauration est complète en 15 jours. Depuis le réveil chloroformique jusqu'à ce jour, il n'y a jamais eu la moindre incontinence même pour des matières liquides.

La voie vagino-périnéale médiane, absolument indiquée pour les rétrécissements non cancéreux, pourra dans nombre de cas être appliquée avec les mêmes avantages aux néoplasmes proprement dits.

Un cas de fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée

Par **A. Heydenreich,** doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Les fistules recto-vaginales à siège très élevé ne sont pas justiciables des méthodes habituellement employées pour guérir les fistules situées plus bas.

Michaux a proposé de les aborder à la faveur d'une incision menée parallèlement au sillon interfessier et permettant de fendre sur une certaine longueur de dehors en dedans, la paroi latérale du vagin.

Demarquay et Marc Sée ont conseillé la voie rectale, après section préalable du sphincter anal en arrière.

Sänger a obtenu un succès, dans un cas de fistule située

très haut, en séparant le vagin d'avec le rectum à l'aide d'une incision bi-ischiatique, en poussant la dissection jusqu'au-dessus de la fistule et en suturant isolément l'orifice rectal et l'orifice vaginal de la fistule.

Enfin Terrier a opéré une de ces fistules par la voie sacrée. Il est arrivé ainsi entre le rectum et le vagin et a suturé l'ouverture rectale. Mais, au bout d'un mois, la communication était reproduite entre le rectum et le vagin.

J'ai eu, de mon côté, à traiter une fistule recto-vaginale située au fond du cul-de-sac vaginal et j'ai cru devoir l'aborder par la voie sacrée.

Il s'agissait d'une femme, âgée de 36 ans, chez laquelle une collection purulente développée dans le cul-de-sac de Douglas avait été ouverte chirurgicalement par le vagin et s'était ouverte ensuite spontanément dans le rectum. Cette femme perdait par le vagin la totalité de ses matières fécales, mélangées avec du pus; l'orifice vaginal de la fistule siégeait au fond du cul-de-sac postérieur du vagin et légèrement à droite. L'état général de la malade était peu satisfaisant. Je me décidai à intervenir par la voie sacrée.

Je pratiquai l'incision de Kraske, mais je la fis à droite, parce que la fistule siégeait de ce côté. Après avoir enlevé le coccyx et la partie inférieure droite du sacrum, j'arrivai sur le rectum. J'entrepris alors de séparer le rectum d'avec le vagin de bas en haut. Cette partie de l'opération fut des plus laborieuses ; le rectum adhérait intimement au vagin. Enfin j'arrivai jusqu'à la fistule, une ouverture plus large que le doigt s'ouvrait dans le rectum ; en avant d'elle se trouvait un foyer de suppuration, dans lequel je cherchai vainement l'ouverture vaginale. Je n'insistai pas, vu la durée de l'opération et la faiblesse de la malade. Je suturai l'ouverture rectale, puis je fermai partiellement la plaie extérieure, en ayant soin de la laisser ouverte en face de la fistule après l'avoir bourrée profondément à ce niveau avec de la gaze iodoformée.

Huit jours après l'opération, à la suite de l'administration d'un purgatif, les matières fécales firent irruption en abondance par la plaie. Cet écoulement toutefois diminua peu à peu ; il était complètement supprimé deux mois et demi après l'opération. A

partir de l'intervention le vagin avait cessé de livrer passage aux matières fécales ; mais il offrait un écoulement de pus par l'ancien orifice de la fistule. Je me proposais de faire une opération complémentaire pour guérir cet écoulement ; malheureusement la malade quitta précipitamment l'hôpital.

Cette observation montre que la voie sacrée permet d'aborder les fistules recto-vaginales situées très haut et de les traiter avec succès.

Il est indiqué, lorsqu'on est arrivé sur la fistule, de fermer isolément l'ouverture rectale et l'ouverture vaginale. S'il existe un foyer de suppuration intermédiaire entre les deux ouvertures, on s'efforcera de le désinfecter et on assurera un écoulement au pus en ne fermant pas complètement la plaie de la région sacrée. L'opération par la voie sacrée permet donc de s'attaquer à tous les éléments qui constituent la lésion : l'ouverture rectale, l'ouverture vaginale et la poche intermédiaire aux deux ouvertures.

Dans mon cas, il ne m'a pas été possible de réaliser entièrement ce plan opératoire. Malgré cela, et bien que la suture rectale ait cédé au bout de huit jours, les matières fécales n'ont jamais repassé par le vagin.

Aurait-on pu obtenir un succès par une autre méthode? En opérant par le vagin, même avec le secours de l'incision ischio-rectale de Michaux, on pouvait tout au plus espérer fermer l'ouverture vaginale; mais on laissait subsister une poche purulente envahie par les matières fécales et prête à provoquer de nouveaux accidents.

Par la voie rectale, l'opération aurait été difficile, même après la section postérieure du sphincter anal. En tout cas, on s'enlevait la possibilité d'agir sur l'ouverture vaginale et sur la poche purulente, et de plus on risquait d'avoir comme suite opératoire une incontinence des matières fécales.

Enfin l'opération de Sänger par le périnée, qui comportait, comme l'opération par la voie sacrée, la séparation du vagin du rectum, aurait présenté de bien plus grandes difficultés, étant donnée la profondeur à laquelle il aurait fallu agir.

La conclusion est que le traitement de choix des fistules recto-vaginales situées très haut, est l'opération par la voie sacrée, surtout quand ces fistules sont compliquées de l'existence d'une poche suppurante intermédiaire entre l'ouverture vaginale et l'ouverture rectale.

Quarante-trois opérations radicales pour fibro-myômes utérins. Une série de quinze malades opérées selon différentes méthodes sans cas de décès

Par le Dr professeur **Vulliet,** de Genève.

J'ai fait jusqu'à présent 43 opérations radicales pour fibromes, dont 28 par laparotomie et 15 par voie vaginale. Je diviserai ces opérations en deux groupes : le premier groupe comprendra les opérations faites jusqu'en 1891 ; le second les opérations faites depuis cette date. Voici la raison de cette division : avant 1891 j'opérais toujours par amputation et fixation du moignon dans la plaie abdominale, tandis que depuis cette date je n'ai plus employé cette méthode que lorsqu'il m'a été impossible de faire autrement. Ce sont les résultats déplorables du traitement extra-péritonéal du moignon qui m'ont amené à cette conversion. Sur 13 malades du premier groupe opérées par laparotomie, j'ai eu 6 décès, soit environ 48 p. 100 de mortalité. Les 13 cas comprennent, il est vrai, mes premières opérations ; je ne puis cependant mettre toute cette mortalité sur le compte de mon noviciat, car, pendant cette même période, j'avais pour d'autres laparotomies des résultats très satisfaisants.

Je me décidai donc à changer ma façon d'opérer et, dès lors, je pratiquai la castration salpingo-ovarienne toutes les fois qu'elle me parut indiquée et plus facile à exécuter que d'autres opérations, et quand je me trouvai en présence de cas où la castration eût été difficile ou illogique, j'opérai par les méthodes que j'indiquerai plus loin.

Mon second groupe comprend 15 laparotomies pour

fibromes opérés entre le 14 novembre 1891 et le 29 septembre 1894; c'est sur cette série que je désire appeler plus spécialement l'attention de ce congrès, non parce qu'elle est vierge de mortalité, ça ne suffirait pas pour la rendre intéressante ; son seul mérite est de comprendre des cas opérés par tous les divers procédés sur la suprématie desquels on discute maintenant.

C'est une série qui parle non pas en faveur d'une méthode, mais en faveur de l'*éclectisme*.

Je n'opère par laparotomie que lorsque je ne puis opérer par le vagin et lorsque je fais la laparotomie, je me borne autant que possible à la castration.

Les fibromes contre lesquels j'ai dû sévir par amputation ou extirpation totale étaient donc tous ce que l'on appelle des mauvais cas. Néanmoins ces 15 femmes ont toutes guéri sans complications.

Dans ce nombre j'ai fait 4 ablations totales de la matrice : trois fois entièrement par voie abdominale par le procédé de Martin; une fois j'ai commencé par le vagin et terminé par laparotomie; deux amputations avec réduction du pédicule. Selon les procédés de Zweifel-Chroback, deux amputations avec fixation du pédicule sous la paroi; 6 cas ont été opérés par castration. J'ai fait en outre une énucléation après laparotomie; c'est là l'opération idéale puisqu'elle débarrasse la malade de sa tumeur en respectant la matrice et les ovaires. Malheureusement on n'est jamais certain d'avoir extirpé tous les noyaux fibreux. J'ai appris que cette malade a dû être laparotomisée de nouveau et qu'on lui a fait l'amputation sus-vaginale.

En résumé, nous avons avant 1891, 13 laparotomies avec 6 cas de mort, et depuis 1891, 15 laparotomies sans une seule mort.

Je crois, Messieurs, que s'il existait une méthode d'opérer les fibromes très supérieure aux autres et applicable à la généralité des cas, une méthode idéale en un mot, il y a longtemps qu'elle eût été trouvée. Fixer le pédicule ou le noyer,

enlever la matrice en totalité, ou par le vagin, ou par le ventre ouvert, ou par les deux voies; pratiquer la castration salpingo-ovarienne, tout cela a été essayé systématiquement par des chirurgiens d'égal mérite et cependant aucune de ces méthodes n'a réussi jusqu'ici à établir sa suprématie sur les autres. Mais si les résultats de tous ces efforts ont été négatifs lorsqu'il s'est agi de trouver *la méthode idéale*, il faut reconnaître par contre que la mortalité a diminué graduellement pour chacune de ces méthodes, à mesure qu'elle bénéficiait des progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie en général et à mesure que ses représentants acquéraient plus d'expérience et d'habileté. Nous trouvons des séries de cas heureux atteignant et dépassant la vingtaine aussi bien en faveur d'une méthode que d'une autre. L'audace augmentant avec le succès, l'on s'est mis à opérer dans une beaucoup plus large mesure. Ces séries heureuses ne dépendent donc pas entièrement de progrès dans la manière d'opérer, elles proviennent aussi du fait que l'on opère, non pas seulement les cas graves comme autrefois, mais aussi des malades encore robustes qui n'ont que des tumeurs de volume moyen et pour lesquelles le pronostic est beaucoup moins grave.

L'idéal n'étant réalisable par aucune méthode en particulier, il n'y a plus d'autre moyen de l'atteindre que d'arriver à savoir opter dans chaque cas pour celle de ces méthodes qui convient à ses particularités et qui rendra l'intervention la plus simple et la plus anodine.

Mais toutes les méthodes usitées dans l'ablation des tumeurs abdominales deviennent d'une application bien plus simple quand ces tumeurs sont pédiculées que lorsqu'elles ne le sont pas.

Ces considérations m'amènent à parler d'un temps de l'opération dont à mon avis on n'a pas fait assez ressortir l'importance. Ce temps important c'est *l'amputation des tumeurs*. La plupart des chirurgiens y procèdent par une section horizontale faite plus ou moins haut ; ils obtiennent ainsi

un moignon qui mesure tout le diamètre de la matrice et qui a aussi la compacité et la rétractilité du tissu utérin. Ce moignon est difficile à traiter, soit qu'on le fixe à la plaie, soit qu'on le noie. J'ai renoncé à cette section horizontale et je crois que c'est à cela que je dois la série que je vous présente. J'ouvre l'utérus par *une incision aussi médiane et aussi antéro-postérieure que possible*, pratiquée sur son sommet. Par cette incision, j'énuclée le ou les néoplasmes, je résèque et j'évide avec le bistouri ou les ciseaux jusqu'à ce que j'obtienne un cylindre de tissu d'un calibre minimum.

Si je le fixe à la plaie abdominale ou entre ses lèvres, il est assez long pour ne pas provoquer de tiraillements, il est assez mince pour n'avoir pas besoin d'être étreint par un fil métallique ou par du caoutchouc. Le traitement extra-péritonéal dans ces conditons n'aboutira pas à quelque chose qui soit chirurgicalement *plus gros* qu'une hystéropexie. Si je le noie, je pourrai grâce à sa minceur le lier simplement avec du catgut ou de la soie et trouver dans son revêtement externe tout le péritoine nécessaire pour le recouvrir.

Plus le pédicule auquel j'aboutis est mince et souple, plus j'ai de tendance à le noyer, plus il est rigide et épais, plus je me sens porté à le *fixer sous la plaie* comme on fixe l'utérus dans l'hystéropéxie.

Je fais *l'ablation totale* quand j'ai affaire à des fibromes développés dans le ligament large ou dans le segment inférieur, et quand j'aurai rappelé ma préférence pour la castration tubo-ovarienne quand elle est facile à pratiquer et qu'elle n'est pas contre-indiquée, j'aurai énoncé les principes qui me guident dans le choix des méthodes opératoires que j'emploie lorsque j'ai recours à la laparotomie pour des fibromes. Que je fasse l'ablation totale ou l'amputation de la matrice, je me sers pour soulever l'utérus de l'appareil de mon ami le professeur Aug. Reverdin, qui facilite singulièrement l'opération.

J'ai opéré 15 cas par la voie vaginale selon la méthode que j'ai publiée en 1885 : *Contribution à l'étude du traitement des*

fibro-myômes utérins intrapariétaux de petites et de moyennes dimensions.

J'ai perdu une de mes opérées. Enhardi par une série de succès, je m'étais attaqué à un fibrome de trop grande dimension. L'élimination du néoplasme fut lente et il survint des symptômes d'infection. La malade eût peut-être été sauvée par l'hystérectomie abdominale que je lui proposai dès le début des accidents, mais à laquelle elle ne voulut pas se soumettre. Une seule parmi les 14 opérées a eu une rechute, un second noyau fibromateux se développa après l'ablation du premier fibrome. Le Dr Roland de Divonne en débarrassa la malade par une opération très simple, m'a-t-il dit. — Je n'ai jamais fait l'hystérectomie vaginale pour fibromes, parce que tous les cas où j'aurais pu faire cette opération ont été opérés par l'énucléation par la cavité utérine dilatée au moyen du tamponnement ou par la castration tubo-ovarienne. Mes résultats m'engagent à persévérer dans cette manière de faire.

Ablations totales.

No d'ordre du registre d'observations	AGE	DATE	NATURE DE LA TUMEUR			OPÉRATION	SUITES
37	51	10 VI 92	fibrome	intrapariétal.....	1k1/2	par voie abdominale.	G.
91	45	17 V 93	—	— multipl.	3k	commencée par le vag. term. par l'abdomen.	G.
117	52	26 IX 93	—	intraligamentaire.	3k1/2	par voie abdominale.	G.
119	48	26 IX 93	—	sous-séreux	10k1/2	par voie abdominale.	G.

Castrations.

En ville	46	14 XI 92	Utérus fibreux gros comme à 5 mois..........	G.
A Nice	37	II 92	Utérus comme à 4 mois..................	G.
87	36	2 V 93	— 4 mois..................	G.
99	29	18 VIII 93	— 4 mois..................	G.
144	40	11 III 94	— 5 mois..................	G.
160	43	26 VII 94	— 4 mois..................	G.

Amputations.

145	48	24 V 94	Utérus comme à 5 mois.......	réduct. du G. pédicule.
161	51	27 VII 94	Utérus gros comme à 7 mois 1/2.	réduct. du pédicule.
137	43	2 V 94	Utérus comme à 4 mois.......	fixation du G. pédic. sous la paroi.
167	51	29 IX 94	— 3 mois.......	fixation du G. pédic. sous la paroi.

Énucléation.

Enville	..	....	Utérus comme à 5 mois.......	laparotomie G.

De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes

Par le Dr **Henry Delagénière**, du Mans.

Cette opération, qui consiste à enlever complètement l'utérus et les annexes par la voie abdominale, n'avait pas encore été pratiquée en France avant le 20 janvier 1894, date de ma première opération. Elle a pris naissance en Amérique, où elle a donné des résultats brillants à Polk, Krug, Baldy et Brown.

Elle a sa raison d'être, car, dans les affections dont il s'agit, l'utérus est malade aussi bien que les annexes. En laissant l'une ou l'autre de ces parties infectées, on fait donc théoriquement une opération *incomplète* et souvent *insuffisante.*

Dans la pratique, les résultats concordent avec cette donnée théorique. La laparotomie, suivie de l'extirpation des annexes et des poches purulentes, laisse souvent à sa suite un utérus malade, qui continue à faire souffrir la malade, peut nécessiter un ou deux curettages pour guérir ou même l'hystérectomie vaginale. En outre, elle expose aux fistules abdominales pour la guérison desquelles on peut être appelé à pratiquer encore secondairement l'hystérectomie vaginale.

L'opération de Péan, d'après la statistique de M. Segond, présente une incertitude plus grande encore. Dans les cas simples et bénins, elle expose à pratiquer une opération inutile ; dans les cas de pyosalpinx, elle est aussi grave que la laparotomie, et elle expose, en outre, aux opérations incomplètes. Enfin, dans les cas graves de suppurations pelviennes, elle présente une gravité excessive.

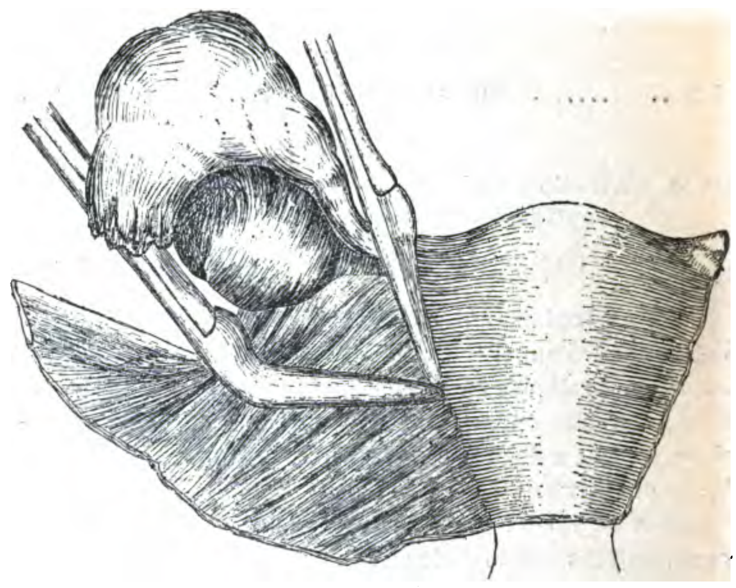


FIG. 1. — Les annexes sont isolées, une pince coudée placée à cheval sur le ligament large ; le bec arrive au ras de l'utérus sous le bec d'une pince hémostatique placée de champ sur la corne utérine et longeant le bord utérin.

L'opération vagino-abdominale de Chaput, inspirée par les échecs des deux méthodes précédentes, admissible théoriquement, doit être rejetée au point de vue pratique. Elle présente, en effet, tous les inconvénients de la méthode abdominale, et elle ajoute un grand nombre de ceux de la méthode vaginale. Du reste, elle paraît délaissée par son auteur lui-même.

Reste la castration abdominale totale dont les principaux avantages sont les suivants :

1° Possibilité de limiter l'intervention dans les cas d'affection unilatérale, ou dans les affections peu graves ;

2° Facilité aussi grande que possible pour enlever toutes les parties malades sous le contrôle de la vue ;

3° Faculté de ne laisser aucune surface saignante dans la

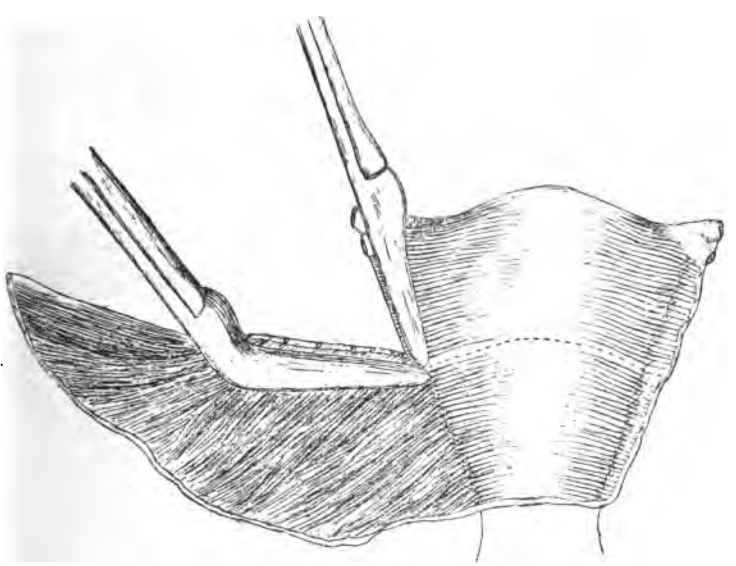


Fig. 2. — **Même figure, les annexes ont été excisées entre les pinces. Ligne ponctuée montrant le tracé de la collerette partant entre les becs des 2 pinces.**

cavité péritonéale, et de recouvrir de péritoine les surfaces dénudées ;

4° Sécurité plus grande pour détacher les adhérences intestinales, et pour remédier aux déchirures de l'intestin;

5° Pas de pinces à demeure et pas de souffrances après l'opération.

Cette opération ne me paraît pas présenter une gravité excessive. Elle m'a donné 4 succès sur 4 cas, et à Baldy 22 sur 22 cas, et d'autre part les résultats thérapeutiques me

paraissent incomparablement supérieurs. Dès l'opération,la malade se trouve parfaitement bien.

La technique peut se résumer ainsi : isolement des annexes, puis leur excision entre deux pinces de chaque côté ; énucléation de l'utérus en taillant, puis disséquant une colle-

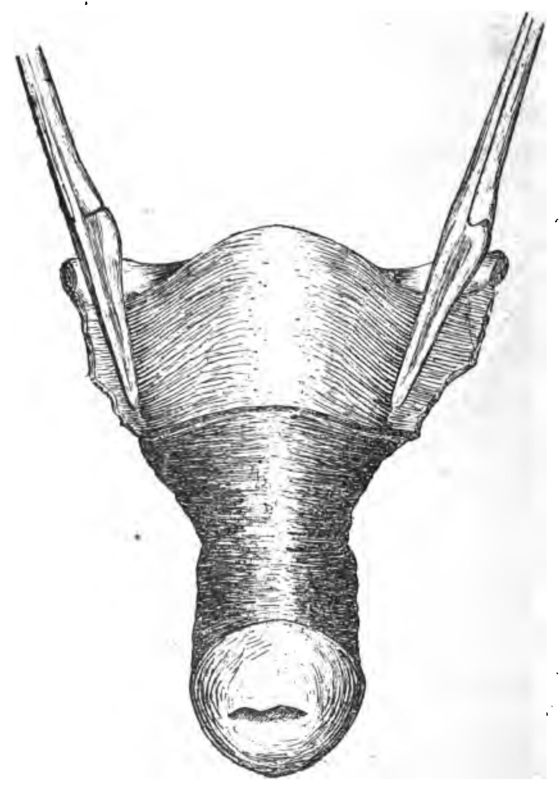


FIG. 3. — L'utérus une fois enlevé ; les deux pinces verticales sont restées sur la pièce. Le fond de l'utérus est resté couvert de péritoine.

rette circulaire, ce qui permet d'éviter à coup sûr l'uretère et la vessie ; puis, après l'ablation de la pièce, fermeture complète du péritoine pelvien.

Ainsi conçue, l'opération ne constitue qu'un temps complémentaire de la laparotomie suivie de l'ablation des

annexes, et ses indications se poseront la plupart du temps pendant l'opération. Si l'utérus est saignant, infecté, en rétroversion, s'il contient des fibromes, s'il existe des clapiers dans le cul-de-sac de Douglas, ou si les ligaments larges sont atteints de phlegmon chronique, on ne doit pas hésiter à enlever l'utérus.

Ce n'est pas à dire que l'opération de Péan doit être rejetée complètement; nous lui réservons une place analogue dans les opérations pratiquées par le vagin. Dans les cas de suppurations graves, avec poches péri-utérines, nous commençons par l'incision vaginale postérieure, puis antérieure;

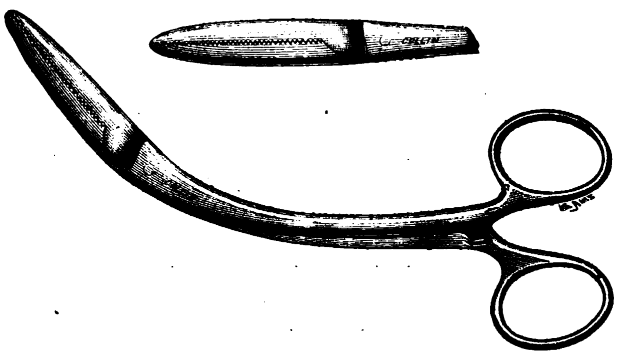


FIG. 4. — Pinces hémostatiques employées pendant l'extirpation de l'utérus (demi-grandeur).

si toutes les poches sont vdées, nous assurons le drainage, et là se borne l'opération qui est absolument conservatrice; s'il reste des poches plus haut situées, alors, mais alors seulement, nous avons recours à l'opération de Péan. Elle devient donc l'opération complémentaire de l'incision vaginale, absolument comme l'hystérectomie abdominale totale est l'opération complémentaire de la laparotomie suivie de l'extirpation des annexes.

M. SEGOND (Paris). — Je tiens à protester contre trois assertions de M. Delagénière. L'hystérectomie vaginale expose, dit M. Delagénière, à « des incertitudes plus grandes encore » : je voudrais

savoir lesquelles ; à des opérations inutiles : je voudrais qu'il m'en montrât une parmi mes 400 observations ; à des suites immédiates graves : cela est en désaccord formel avec la statistique que vient de publier mon élève Baudron.

M. CHAMPIONNIÈRE (Paris) croit qu'il faut laisser à l'avenir de se prononcer : 4 faits ne suffisent pas pour juger. Il s'associe aux réserves de M. Segond et constate, lui aussi, que pour les suppurations pelviennes graves et même diffuses, l'hystérectomie vaginale a une bénignité et une efficacité remarquables, et que quelquefois elle est la seule bonne opération. L'opération de M. Delagénière est défendable, mais pas avec cet argument, et ces 4 observations concernent des cas bénins.

M. DELAGÉNIÈRE (Le Mans). — C'est précisément en m'appuyant sur la statistique de Baudron que j'ai fondé mes conclusions. On y trouve 37 cas de suppurations graves avec 10 décès : ce qui est à mes yeux une grosse mortalité. Je dis, opération inutile, car je trouve plus de 80 cas d'ovaires scléro-kystiques pour lesquels je crois inutile d'enlever l'utérus. Je dis opération quelquefois inefficace, car j'ai vu une malade guérie par M. Segond et qui continuait à souffrir ; à Tours, mon frère en a vu deux, opérées par M. Péan lui-même.

M. MICHAUX (Paris) déclare qu'à ses yeux l'hystérectomie est à la fois bénigne et efficace.

M. PÉAN (Paris) désirerait savoir ce que sont les deux malades de Tours dont on vient de parler.

M. P. DELAGÉNIÈRE (Tours) confirme ce qu'a dit son frère. Une malade a eu une fistule persistante. L'autre a continué à souffrir et elle est morte d'urémie au bout de dix-huit mois.

M. PÉAN est convaincu que ces deux malades n'ont pas été opérées pour suppurations pelviennes. Il lui est impossible de discuter autrement qu'avec des chirurgiens ayant vu les malades avant, pendant et après l'opération. Il y a, par exemple, des cas où on laisse volontairement une fistule.

Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarite.

Par le Dr **Goullioud**, de Lyon.

La fréquence de la bilatéralité des lésions des annexes est

telle que beaucoup de gynécologues concluent souvent de la constatation d'une lésion unilatérale, à la stérilité.

J'ai partagé aussi cette impression, et c'est avec tristesse que bien souvent, en trouvant une de ces salpingites post-abortives, fréquentes au début du mariage, j'ai entrevu de longues années de malaise et d'impotence ou le chagrin indéfini de la stérilité, chez des femmes jeunes, déjà en retard dans leurs espérances de maternité.

Telle est malheureusement la réalité, dans la majorité des cas. Quelquefois ces pronostics trop sombres, inspirés par une généralisation exagérée, ont été démentis par les faits, et chez ces femmes atteintes le plus souvent de salpingo-ovarite gauche, une grossesse est survenue malgré les craintes de stérilité, quelquefois imprudemment exprimées aux intéressées elles-mêmes.

La grossesse en général avait alors, en outre des joies qu'elle apportait, le mérite de délivrer la femme de toute douleur et spécialement de ce *point à gauche* qui est l'effroi des gynécologues.

Ces guérisons *ad integrum* s'observent le plus souvent spontanément ou sous l'inflence du traitement médical dont les termes principaux sont le repos, les injections chaudes, la révulsion abdominale. Faut-il y ajouter et avec plus de confiance d'autres traitements, tels que les eaux minérales, ou encore le massage? Je ne saurais le dire. Ces faits d'ailleurs ont été observés par tous et je ne voulais que les mentionner. Leur explication rationnelle admise est l'unilatéralité des lésions.

Quand les lésions infectieuses ont été plus intenses et les symptômes assez importants pour que les opérations aient été proposées et acceptées, quelquefois même imposées par l'existence de suppurations tubaires ou péritubaires, peut-on conserver le même espoir de la possibilité d'une grossesse? Les faits que j'ai l'honneur de vous apporter sont une réponse à cette question. Ils sont assez rares pour que j'aie cru intéressant de les publier; je n'ai en effet vu mentionner

que peu d'observations analogues. Presque toujours il s'agissait de cas isolés et non de séries de faits. Landau (1) en cite un dans son important travail sur la dilatation tubaire. Mangin (2) un seul également dans son article sur l'évacuation par l'incision vaginale des collections inflammatoires pelviennes, etc.

Nos cas ont été observés soit à la clinique de M. le professeur Laroyenne et opérés par lui ou par moi en son absence, soit dans notre pratique privée, où ils seraient peut-être relativement plus fréquents, les malades appartenant à un milieu social plus élevé, étant plus vite soignées et par suite mieux protégées contre les accidents infectieux qui créent des lésions plus diffuses et bilatérales.

Les opérations faites contre ces salpingo-ovarites étaient pour la plupart des débridements larges de collections pelviennes par la voie vaginale. Dans trois cas qui me sont personnels il s'est agi de salpingectomie unilatérale abdominale ou vaginale.

Cas de grossesse consécutifs à des débridements vaginaux.

Ces cas sont au nombre de onze. Il est malheureusement impossible d'établir dans quelle proportion on peut espérer des grossesses à la suite du débridement vaginal. Celle de 10 p. 100 serait très exagérée, et cependant elle est beaucoup plus élevée dans notre pratique civile. Il faut avoir pu suivre les malades des années pour constater des conceptions survenues 4 mois, 6 mois, 8 mois, 1 an, 15 mois, 3 ans, 4 ans, et 5 ans après l'opération.

Dans la majorité des cas, la lésion était représentée par un pyosalpinx unilatéral bien net, sans inflammation péritubaire diffuse.

Dans d'autres, la pelvipéritonite consécutive à l'infection

(1) L. LANDAU. *Ueber Tubensacke*. Berlin, 1891, p. 79.

(2) MANGIN. Évacuation par l'incision vaginale des collections liquides pelviennes. *Nouvelles Archives d'obs, et gyn.*, 1894.

péritonéale par la trompe pouvait jouer un rôle, et il nous était bien difficile, il le serait peut-être moins aujourd'hui, de dire si le siège de la collection était tubaire ou périrtubaire. Ainsi dans l'observation IV les lésions sont diffuses dans le petit bassin et s'étendent à droite et à gauche. La malade ayant souffert aussi alternativement à droite et à gauche, on eût pu craindre des lésions bilatérales.

Cette appréhension eût été encore plus justifiée chez la malade de l'obs. XI, où des poches purulentes ont été débridées de chaque côté de l'utérus, et il eût pu paraître bien légitime, pour un partisan systématique de l'hystérectomie vaginale, de recourir d'emblée à cette opération. Ceci soit dit sans arrière-pensée contre l'excellente méthode de MM. Péan et Segond.

Cependant nous croyons qu'une seule trompe avait été infectée et obturée par la réaction péritonéale, mais que celle-ci avait été assez diffuse pour s'étendre d'un côté à l'autre du bassin; car jusqu'ici du moins l'explication clinique de la persistance de la fécondité nous paraît l'unilatéralité primitive de l'occlusion tubaire. Nous ne saurions en effet regarder encore que comme une exception très intéressante, l'observation de Bétrix (1) présentée comme une preuve absolue de la possibilité pour les trompes de recouvrer dans certains cas, comme à la suite de la ponction, leurs fonctions normales, leur perméabilité. Chez la malade de Bétrix, en effet, il s'agissait de collections tubaires bilatérales, pyosalpinx à droite, hydrosalpinx à gauche. Bétrix traite la première par la ponction suivie du lavage de la poche, et la seconde par la ponction simple. La guérison a été suivie de grossesse.

Quelle a été l'influence de la périmétrite ancienne sur la grossesse ?

Dans nos cas elle a été nulle, à une exception près. En effet, toutes ces grossesses sont en bonne voie ou sont arri-

---

(1) Bétrix. Congrès de Rome 1894. *Ann. de gyn.*, juin 1894.

vées normalement à terme. Les accouchements ont été simples, et sans complications, moins un, où une insertion vicieuse du placenta fut la cause de la mort de la femme; mais on ne saurait affirmer, croyons-nous, une relation causale directe entre cette grave anomalie de la grossesse et l'affection pelvienne antérieure.

Chez une autre malade la grossesse fut tubaire, diagnostiquée telle par Jaboulay et opérée avec succès; or l'on sait le rôle que L. Tait a fait jouer dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine à l'existence d'une salpingite superficielle. Ce fait est à rapprocher des hématocèles ou grossesses extra-utérines récidivantes (1). Nous en avons observé un cas remarquable chez une de nos anciennes opérées dont la première hématocèle avait été heureusement débridée par la voie vaginale.

Nous ne la comptons pas dans nos onze cas, non plus que deux autres hématocèles dont une suppurée, également traitée par nous, suivant la méthode de M. Laroyenne, et suivies de grossesse l'une et l'autre.

Jamais nous n'avons constaté ces accidents graves que les auteurs nous font redouter chez des femmes devenues enceintes, après avoir eu des adhérences ou des suppurations pelviennes.

Ces adhérences pourraient causer des occlusions intestinales, bien étudiées, notamment par Krukenberg (2).

Quant aux anciens foyers purulents, ils sont une cause légitimement invoquée, d'auto-infection puerpérale. Nous avons publié ailleurs deux cas de M. Laroyenne où d'énormes dilatations tubaires suppurées coïncidaient avec les grossesses utérines. Le débridement vaginal fut suivi d'une guérison parfaite avec persistance de la grossesse dans un cas, et avec fausse couche sans infection dans l'autre. Quand

(1) KARL ABEL. De la grossesse tubaire récidivée. *Arch. f. Gyn.*, 1893, et *Semaine médicale*, 1893.

(2) KRUKENBERG. Ueber Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei peritonischen Warbensträngen und Eiterherden. *Arch. f. Gyn.*, 1888.

une collection suppurée persiste jusqu'au terme de la grossesse, on comprend qu'il puisse en résulter des accidents infectieux et A.-H. Cordier en publiait récemment deux exemples. Dans les deux cas on fit dans l'état puerpéral la laparotomie pour enlever ce qu'il considérait comme le foyer primitif de l'infection, la lésion des annexes utérines.

En 1892, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris (1), notre ami regretté Émile Blanc cherchait à établir l'influence fâcheuse et réciproque de la grossesse sur la périmétrite dans son sens large, et de la périmétrite sur la grossesse. Blanc estime qu'une femme atteinte de ces lésions, doit éviter de devenir enceinte.

MM. Budin, Guéniot et Pajot se montrèrent aussi pessimistes.

Nos faits parlent dans un sens diamétralement opposé, mais nous devons faire remarquer qu'il y a eu évacuation des foyers et que cette évacuation a dû être complète, puisque aucune des accouchées n'a présenté d'accidents infectieux.

Quelle est inversement l'influence de la grossesse sur la salpingo-ovarite antérieure ?

Ces malades devenues enceintes après une suppuration pelvienne et le débridement de cette suppuration par le vagin, sont bien les plus beaux cas que l'on puisse voir, et l'on peut dire qu'il s'agit d'une guérison complète. Non que je croie pourtant au retour de la perméabilité des trompes malades ; je n'ai pas eu l'occasion de vérifier leur état ; mais ces femmes sont parfaitement guéries ; elles ont perdu la sensibilité de la région primitivement malade.

Un de nos cas est particulièrement intéressant à ce sujet. Il s'agissait d'une collection gauche tubaire qui fut débridée. La malade conserva plusieurs mois de l'induration et de la sensibilité dans la région opérée, et le médecin traitant volontiers nous eût demandé une seconde intervention. Cependant quelques semaines après, l'assouplissement était com-

(1) *Bul. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 14 janvier 1892.

plet ; un début de grossesse avait achevé la guérison en ramollissant les tissus cicatriciels, puis en leur rendant leur souplesse mieux que le plus parfait massage de Thure Brand.

Nous considérons l'apparition d'une grossesse chez une malade atteinte d'une salpingo-ovarite comme le plus heureux événement : c'est l'assurance d'une guérison parfaite.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Obs. I. — *Pyosalpinx gauche, bien net. Débridement vaginal. Grossesse ultérieure normale.*

Mme N..., âgée de 24 ans, a eu un enfant il y a vingt et un mois, puis il y a six mois une fausse couche non soignée ; souffre depuis. Au toucher on constate derrière le col de l'utérus et à gauche, un petit pyosalpinx bien net, du volume d'une petite orange, adhérent au cul-de-sac de Douglas.

Rien d'appréciable du côté des annexes droites.

Opération, le 20 août 1889. Ponction et débridement de la collection, suivant le procédé de M. Laroyenne, par le Dr Goullioud. Il s'écoule un demi-verre de pus ; éponge à cheval. Trois pansements à la gaze iodoformée, à huit jours d'intervalle. Lettre du 30 août 1893 : le 4 août Mme N... est accouchée en deux heures de deux jumelles. Suites de couche absolument normales.

Obs. II. — *Petit pyosalpinx droit, bien net. Débridement vaginal. Grossesse.*

Mme Nic..., 23 ans, mère d'un enfant de 15 mois, fait une fausse couche le 5 juin 1892.

Le 3 juillet, continue à perdre avec coliques utérines. On constate en même temps du côté droit du cul-de-sac de Douglas, une petite tumeur fluctuante, salpingée. A gauche, simples adhérences tubaires, dit son observation à la date du 3 juillet ?

Opération, le 4 juillet 1893, par le Dr Goullioud, chez la malade. Curettage utérin et débridement vaginal, suivant la méthode de M. Laroyenne. Il s'agit d'un pyosalpinx développé aux dépens de la trompe droite ; car après avoir débridé la muqueuse vaginale, on sent, au delà de la brèche vaginale, une coque isolable,

tubaire, limitant la collection purulente, du volume d'une mandarine.

Suites très simples. Trois pansements à la gaze iodoformée sous formes de mèches.

Revenue le 20 juillet, enceinte de quatre mois et demi, ayant une grossesse parfaite.

Obs. III. — *Collection postéro-latérale gauche. Débridement vaginal. Grossesse.*

Victorine S..., âgée de 30 ans, entre dans le service de M. Laroyenne, le 20 mars 1891.

Un accouchement à terme il y a cinq ans ; vient d'avoir une fausse couche non soignée de quelques semaines.

A l'examen local, on constate une collection volumineuse occupant le cul-de-sac postérieur, et le cul-de-sac latéral gauche. L'utérus, de 8 centim., est fortement refoulé en avant. La collection a le volume d'une tête de fœtus à terme.

21 mars. Débridement dans le cul-de-sac postérieur, suivant le procédé de M. Laroyenne, donnant un pus fluide, séreux, fétide. Éponge, puis mèches iodoformées. Sort le 2 avril.

Les semaines suivantes, la malade vient à la consultation gratuite, se plaignant encore de temps en temps d'une certaine sensibilité du côté gauche. Il y a une sorte de plastron vaginal assez épais.

14 avril 1892, c'est-à-dire un an après, la malade revient à la consultation gratuite, très contente du résultat obtenu, ne souffrant plus. Les règles ont un retard de quinze jours, accouchement à terme, le 25 décembre 1892, sans complication. Revue à plusieurs reprises ; n'a pas eu, depuis son accouchement, son ancienne douleur du côté gauche.

Rétroversion dont les malaises ont apparu à la suite d'une chute grave et ont disparu après la réduction de la déviation utérine (juillet 1894).

Remarque. — Ce cas a été très intéressant ; par ce fait surtout que, les premières semaines après son départ, cette malade a gardé une certaine sensibilité, qui nous la ramenait à la consultation, sensibilité comparable à celle qui suit la guérison de toute inflammation suppurative. Puis la gué-

rison est devenue de plus en plus parfaite, et a été confirmée par l'apparition d'une grossesse.

OBS. IV. — *Débridement vaginal d'une collection pelvienne gauche. Grossesse ultérieure.*

Mme E. Bl..., IIpare, présente sans cause bien déterminée une collection pelvienne, très haut placée derrière l'utérus et développée rapidement avec symptômes de pelvipéritonite.

Débridement par M. Laroyenne, le 20 juillet 1892.

Les lésions sont diffuses dans le petit bassin et s'étendent à droite et à gauche. Mais c'est de ce côté, très haut, derrière l'utérus, que M. Laroyenne atteint une collection probablement salpingée, d'où s'écoule un demi-verre de pus au moins.

Suites très simples, apyrétiques.

Le 12 août, on supprime tout pansement, mèche iodoformée pénétrant dans le trajet de l'incision, car ce trajet n'a plus qu'un centimètre et demi.

Au mois de décembre de la même année, premiers symptômes d'une grossesse, avec hydrorrhée et vomissements, comme à d'autres grossesses antérieures.

Accouchement le 29 août 1893; hémorrhagie par inertie après la délivrance. La malade en a présenté également après d'autres accouchements. Suites apyrétiques.

Nouvelles récentes au mois de septembre 1894. Mme B..., n'a ressenti depuis son accouchement, aucune douleur pouvant tenir à son affection pelvienne.

OBS. V (due en partie à l'obligeance de M. le Dr COUTARET). — *Collection latérale séro-purulente. Incision vaginale. Guérison persistante depuis six ans. Grossesse ultérieure.*

Mme D..., de Roanne, est envoyée par M. le Dr Coutaret à M. Laroyenne, en 1885.

Cette dame, mère de cinq enfants, se plaint de douleurs permanentes dans le côté droit, depuis des mois.

Elle présente de ce côté du bassin, une collection bien manifeste.

Incision par M. le professeur Laroyenne et suivant sa méthode. Il s'écoule un liquide séro-purulent.

S'est toujours bien portée depuis l'opération de M. Laroyenne.

En juillet 1891, donc six ans après, nous apprenons par M. Coutaret que Mme D... avait accouché normalement et heureusement.

OBS. VI. — *Salpingite gauche suppurée. Débridement vaginal. Grossesse constatée trois ans après l'opération.*

Mme A..., 42 ans, XIpare, reçue dans le service de M. Laroyenne, le 4 juin 1888.

Il y a un an, avortement, et à la suite, abcès ouvert par M. Laroyenne.

Rechute il y a un mois.

A son entrée à la Charité, elle présente à gauche de l'utérus une grosse collection piriforme, relativement mobile.

9 juin 1888. Débridement vaginal par le Dr Goullioud, à l'extrémité gauche du Douglas. La température tombe de 40° à 37°,4.

Second séjour en mars 1889, pour une pérityphlite.

Le 26 février 1890, accouchement à huit mois d'un enfant mort-né. La femme attribue son accouchement prématuré et la mort de son enfant à une chute.

La malade est revue à la consultation en mai 1891 ; elle va bien depuis son accouchement.

OBS. VII. — *Vaste collection pelvienne suppurée communiquant avec le rectum. Débridement vaginal. Guérison persistante. Grossesse ultérieure.*

Mme J. L..., 31 ans, IVpare, est apportée le 13 novembre 1889, dans le service de M. Laroyenne, dans un état grave (39°), souffrant beaucoup, ne tolérant aucun aliment, et présentant une collection pelvienne volumineuse. La collection pelvienne, molle, dépressible, dédoublant un peu la cloison et proéminant du côté du rectum, remonte à gauche à plusieurs centimètres au-dessus du pubis. — *Opération* le 15 novembre 1889, par M. Laroyenne. Sous l'influence de la pression exercée au moment de la ponction, la poche qui proémine du côté du rectum se perfore et le pus sort par l'anus. Cependant la ponction et le débridement ont été faits très en avant, et ont ouvert la collection par la paroi antérieure. Du pus s'écoule par le vagin.

Suites immédiates absolument simples.

Revue le 20 mars 1891, allant tout à fait bien, pouvant faire son

travail très pénible. Guérie de la fistule recto-vaginale. Enceinte de deux mois et demi. Utérus mobile.

Dans le vagin, un peu ramolli par la grossesse, on ne retrouve plus la cicatrice de l'opération. Les culs-de sac latéraux ont repris une souplesse absolument normale.

Accouchement le 6 décembre 1891, donc deux ans après son opération.

Lettre du 18 septembre 1894 : « Je vais très bien pour le moment, mais je ne suis pas redevenue enceinte. »

OBS. VIII. — *Petite collection purulente. Débridement vaginal. Grossesse.*

Mme P..., 25 ans, Ipare, reçue dans le service de M. Laroyenne le 10 décembre 1891.

Malade depuis un mois, à la suite d'un retard des règles, fausse couche probable.

Débridement le 11 décembre 1891, par le Dr Goullioud, d'une poche petite et cloisonnée à gauche du cul-de-sac postérieur (collection tubaire ou péritubaire), pus fétide, suites très simples.

Lettre du 12 septembre 1894 : « Je vais très bien depuis mon opération ; j'ai eu un garçon le 14 septembre 1893 J'ai eu une très bonne couche. »

OBS. IX. — *Pélvipéritonite puerpérale ? Débridement vaginal. Grossesse ultérieure.*

Femme H..., 24 ans, amenée à la clinique de M. Laroyenne le 21 mars 1892, pour une infection puerpérale, au huitième jour.

Collection ou plutôt induration à droite du cul-de-sac de Douglas. Débridement vaginal ; première poche artificielle, puis petite poche lisse. On ne voit pas s'écouler de liquide.

Injections intra-utérines.

Suites simples malgré de grandes oscillations. Départ prématuré le 15 août. Accouchement normal à la clinique de la Charité le 11 juin 1893.

Cette observation est bien différente des précédentes. Il s'agit ici d'une collection ou peut-être d'une simple infiltration, de siège indéterminé, péri ou para-utérin. Elle a donc moins de valeur.

Obs. X. — *Collection suppurée pelvienne. Débridement vaginal. Grossesse extra-utérine ultérieure, diagnostiquée et opérée avec succès.*

Mme C..., 31 ans, IIpare, reçue à la clinique de M. Laroyenne, le 2 juin 1890.

Malade depuis sa dernière couche, c'est-à-dire depuis dix mois. Débridement vaginal : pus, hémorrhagie arrêtée par l'éponge à cheval, qu'on doit remettre au premier pansement à cause du retour de l'hémorrhagie.

Août 1894, donc quatre ans plus tard, reçue dans le service de M. Vincent. Elle présente une grossesse extra-utérine de deux mois, diagnostiquée par Jaboulay et opérée par lui avec succès par la laparotomie et l'ablation de la trompe gravide en imminence de rupture.

Dans l'intervalle, allait passablement.

Obs. XI. — *Collection pelvienne bilatérale. Débridement vaginal. Débridement secondaire d'un trajet fistuleux. Fistule urétérale, guérison spontanée de cette fistule. Grossesse. Placenta prævia. Mort par hémorrhagie.*

Mme C..., 23 ans, IIpare, reçue le 24 décembre 1890, dans le service de M. Laroyenne.

Après plusieurs mois de souffrances d'abord modérées, puis aiguës, entre à l'hôpital, présentant une volumineuse collection pelvienne.

Le 26 décembre 1890, M. Laroyenne débride dans la même séance deux poches, l'une à gauche de l'utérus, l'autre à droite. Il s'écoule du pus des deux côtés.

Hémorrhagie assez forte, arrêtée par trois éponges à cheval, tassées les unes à côté des autres.

Pendant la ponction, du pus s'est écoulé par le rectum, peut-être par rupture spontanée du côté du rectum. Il en résulte une fistule vagino-rectale, qui guérit spontanément en deux ou trois mois.

Le 13 mai, on débride largement un trajet fistuleux allant dans une poche qui se vide mal, probablement parce que les pansements par les mèches iodoformées ont été prématurément suspendus, à cause de la fistule recto-vaginale. Fistule urétérale et

quelques jours après (2 juin), uréthrite ascendante avec douleurs et fièvre.

A la fin de juillet la question de la néphrectomie du rein droit est soulevée. Mais la quantité des urines perdues diminuant, on diffère cette opération.

Sortie le 3 octobre, ne perdant plus ses urines qu'à des intervalles de plusieurs jours et en petites quantités.

Revue le 15 octobre 1892, allant très bien, ne perdant plus ses urines, enceinte de quatre mois et demi.

A la fin de sa grossesse, est apportée mourante à la maternité de la Charité; placenta prævia. Refus d'autopsie.

REMARQUE. — Cette observation est des plus instructives comme le sont souvent les insuccès. Et d'abord il y a eu deux collections suppurées, ouvertes dans la même séance, l'une à droite et l'autre à gauche de l'utérus, et cependant une grossesse est survenue. La fistule urétérale était le premier accident du côté des voies urinaires observé à la clinique de M. Laroyenne. L'explication de cet accident réside dans ce fait que la rétraction vaginale consécutive au premier débridement avait dû reporter l'orifice du débridement très en avant au voisinage de l'uretère. Cette fistule urétérale a guéri spontanément, comme le font les fistules recto-vaginales, par suite de la rétraction vaginale. Malgré tout, cette femme est redevenue enceinte et, à ce moment, elle était guérie de son affection primitive et de ses fistules.

Une insertion vicieuse du placenta et le transport tardif de la malade à la maternité ont amené la mort. Y a-t-il une relation à établir entre l'insertion vicieuse du placenta et l'affection antérieure et quelle est cette relation ? Il nous est impossible de le dire, ce fait étant unique et l'autopsie n'ayant pas été faite.

Grossesses après ablation unilatérale des annexes faites par l'abdomen.

On trouverait peut-être un plus grand nombre de cas analogues, l'avis de L. Tait de faire toujours l'ablation bilaté-

rale n'ayant pas été admis par la généralité des chirurgiens quand les lésions sont limitées nettement à un seul côté.

Dans les deux cas qui nous sont personnels, les malades étaient jeunes et avaient une rétroversion rendue difficilement réductible par une salpingite gauche. J'ai une pitié particulière pour cette catégorie de malades, dont les deux lésions s'aggravent l'une l'autre et qui sont parmi les impotentes de la gynécologie. J'ai donc enlevé les annexes d'un côté, annexes adhérentes au Douglas qui entraînaient l'utérus en rétroversion et rendaient toute contention impossible après réduction, respecté les annexes saines et fixé l'utérus par une ventro-fixation. Sur un petit nombre d'opérées, deux sont devenues enceintes. L'une non mariée, a eu à trois mois sa grossesse interrompue à la suite d'un effort; l'autre mariée, qui souhaitait vivement un enfant, est actuellement arrivée heureusement près du terme de sa grossesse. Je ne doute pas que sa délivrance ne soit simple, soit d'après les faits aujourd'hui nombreux qui ont été publiés d'accouchements après ventro-fixation, soit d'après deux autres cas personnels que j'ai pu observer.

OBS. XII. — *Rétroversion et salpingo-ovarite gauche. Ablation abdominale des annexes gauches et ventro-fixation. Grossesse ultérieure.*

Mlle Mard..., 29 ans, reçue à la clinique gynécologique au mois de mars 1891, souffrant du ventre depuis un an, à la suite d'une fausse couche. Elle est atteinte d'une rétroversion adhérente par suite d'une salpingo-ovarite.

Opération par le Dr Goullioud : Ablation des annexes gauches seules malades et adhérentes, et ventro-fixation, suivant le mode opératoire de M. Laroyenne.

Un an après, on constate une grossesse, qui malheureusement est interrompue au troisième mois à la suite d'un effort (femme non mariée). Des soins antiseptiques soignés préservent de l'infection des annexes conservées.

Revue fin septembre 1894, allant très bien.

OBS. XIII. — *Rétroversion par salpingo-ovarite gauche. Ablation des annexes gauches et ventro-fixation; grossesse.*

Mme Jan..., 21 ans, salpingite et rétroversion à la suite d'une fausse couche. Opération par le Dr Goullioud.

Ablation des annexes gauches adhérentes au fond du bassin, sans grosses lésions.

Brides insignifiantes à droite; le pavillon n'étant pas obturé, les annexes droites sont laissées ; ventro-fixation.

Excellent résultat, malgré un peu de nervosisme.

Revue le 30 avril 1894, enceinte de trois mois.

Cas de grossesse après ovario-salpingectomie vaginale unilatérale.

Dans quelques cas où je constatais une lésion des annexes unilatérale ou tout au moins grandement prédominante d'un côté, où aucune collection bien nette ne s'offrait au débridement vaginal, et où les annexes formaient une masse inflammatoire facilement abordable par le vagin, j'ai fait la salpingectomie vaginale unilatérale. Je considérais comme un progrès de supprimer une lésion tubaire, pyo-salpinx ou salpingite parenchymateuse, sans faire courir les risques de la laparotomie, sans même laisser aucun stigmate opératoire, aucune cicatrice abdominale, et en laissant à la femme des espérances de maternité. J'avais écarté tous les cas où la suspicion d'une lésion bilatérale aurait pu faire craindre une récidive, cas plus justiciable de la laparotomie, et au Congrès de Bruxelles, je proposai cette méthode, acceptée par M. Laroyenne, en l'appuyant sur huit observations. Elle a été reprise depuis par nos collègues belges.

Sur ces huit malades, une est devenue enceinte, confirmant ainsi nos espérances et légitimant notre intervention unilatérale. Grossesse et accouchement ont simplement évolué.

OBS. XIV. — *Rétroversion et salpingo-ovarite gauche. Ablation des annexes gauches par le vagin. Grossesse ultérieure.*

Mme Dut..., 27 ans, Ipare, souffre des reins depuis son accouchement, c'est-à-dire depuis neuf ans, mais avec plus d'acuité depuis dix-huit mois. Impotente.

Utérus en rétroversion, sans adhérences utérines, mais avec coïncidence d'une salpingo-ovarite gauche. M. Laroyenne essaie un pessaire qui ne peut être toléré.

La lésion semble unilatérale. On ne sent rien à droite, et la malade ne souffre qu'à gauche.

M. Laroyenne opère la malade avec le Dr Goullioud le 30 mai 1892. Ablation facile, par le vagin, des annexes gauches dont le pavillon adhère au fond du bassin. Pince à demeure sur le pédicule. Éponge à cheval pour arrêter l'hémorrhagie.

27 novembre 1895. La malade revue se plaint encore de quelques douleurs, mais n'est plus impotente, ne souffre pas comme avant son opération.

Utérus en bonne situation, sans pessaire. La rétroversion était donc liée à la traction des adhérences tubaires gauches.

Une lettre du 17 juillet 1894, annonce que Mme D... est accouchée normalement au mois de décembre 1893, et va bien depuis.

Grossesses après opérations conservatrices sur les annexes.

Je regrette de ne pouvoir ajouter aucun cas personnel à ceux publiés concernant des femmes qui ont subi des opérations dites conservatrices sur les ovaires et les trompes. Je ne puis donc que rappeler brièvement les diverses tentatives faites dans ce sens.

C'est d'abord la résection partielle d'un ovaire, quand l'autre ovaire dégénéré a été complètement enlevé ; cas de grossesse : Schrœder, A. Martin, Schatz, Sippel, Polk, Matthei, etc. C'est ensuite l'ignipuncture des ovaires atteints d'ovarite microcystique. M. Pozzi a observé une grossesse.

Sur les trompes rendues stériles par occlusion des pavillons, Skutch pratique la salpingectomie, à la suite de

laquelle Mackenrodt signalait dernièrement deux cas de grossesse.

Chez deux ou trois malades, après avoir enlevé des annexes très altérées d'un côté, nous avons de l'autre côté, où les lésions étaient presque nulles, détaché le pavillon de ses adhérences, plus ou moins filamenteuses, ainsi que le fait A. Martin. Nous n'avons pas observé de grossesse ultérieure.

Rappelons enfin les tentatives plus hardies de Polk et de ses élèves : l'amputation partielle de la trompe dans l'hydrosalpinx et l'hématosalpinx avec ovaire sain, et même dans quelques cas d'abcès limité à l'extrémité péritonéale par la suture de la muqueuse avec la séreuse tubaire.

Il a observé quelques cas de grossesse.

Qu'il nous soit permis de terminer par un conseil pratique qui s'adresse spécialement aux praticiens.

En face d'une femme atteinte d'une subinfection à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, on doit, non seulement avoir en vue l'indication vitale, mais aussi la conservation de l'intégrité des annexes.

Des injections intra-utérines, à la moindre alerte, pourront quelquefois permettre d'atteindre ce résultat, même après que les symptômes péritonéaux auront prouvé que l'infection a dépassé l'utérus.

Peut-être une trompe seule est-elle atteinte, et l'autre pourra-t-elle être conservée intacte, et avec elle sauvée la fécondité de la femme !

Obs. XV. — *Petit pyosalpinx enlevé par le vagin. Grossesse ultérieure* (1). (Malade revue deux jours après ma communication au Congrès de chirurgie.)

Femme V..., 27 ans, souffre du ventre du côté gauche, depuis

(1) Obs. I. de mon mémoire : Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx (Salpingectomie vaginale et unilatérale. *Congrès de Bruxelles*, et *Lyon médical*, 1893, t. I.

sa seconde couche, il y a deux ans ; mais la douleur est devenue plus aiguë depuis quelques semaines (mars 1892).

Les annexes droites semblent normales, mais à gauche elles forment une masse du volume d'un œuf. Cas typique d'un petit pyosalpinx, qui ne semble pas assez développé pour être facilement opéré par la méthode de M. Laroyenne. Il occupe le cul-de-sac de Douglas à gauche. Contours nets de la petite tumeur inflammatoire. Utérus en situation normale.

Suppléant M. Laroyenne, j'opère le 2 avril 1892. Incision transversale du cul-de-sac postérieur au bistouri. On décolle les adhérences du pavillon au fond du Douglas. La masse devenue mobile est attirée dans le vagin. Elle crève à ce moment et laisse écouler du pus crémeux.

Pince sur l'origine amincie de la trompe, à un centimètre environ de la corne utérine. Section du pédicule en dessous d'un coup de ciseau.

L'examen de la pièce montre que l'abcès siégeait partie dans la trompe, partie dans l'ovaire comme creusé par le pus. Toilette du cul-de-sac de Douglas avec de petites éponges. Léger tamponnement à la gaze iodoformée de la place occupée par les annexes enlevées, et éponge à cheval sur la brèche vaginale.

La pince et l'éponge sont enlevées au bout de quarante-huit heures.

Cachet de calomel et jalap (0, 25 cent.) le soir du second jour ; émission de gaz dans la nuit ; selles dans la journée.

Fistule tubo-vaginale quelques semaines.

Revue le 24 novembre 1892, donc six mois après l'opération, très satisfaite du résultat obtenu. Ne souffre plus à gauche, n'a jamais eu de douleurs à droite. Peut marcher et se tenir debout toute la journée sans fatigue, travailler à la machine.

Les annexes droites semblent toujours indemnes. A gauche, rétraction profonde de la cicatrice opératoire, ni fistule, ni induration, ni sensibilité à son niveau.

2 avril 1894. Quelques malaises digestifs. Souffre un peu à gauche ; un peu de sensibilité au niveau de la cicatrice vaginale, par suite de fatigues exagérées. Va bien d'ailleurs et continue à travailler à la machine.

15 octobre 1894, donc deux ans et demi après son opération, revient, manifestement enceinte, de deux mois et demi à trois mois.

Suppression des règles, utérus gros. Malaises sympathiques, consistant simplement en maux de cœur, et pas plus intenses qu'aux grossesses antérieures. « Vous m'avez tellement dit que ça me guérirait, que je vous ai cru. »

M. VUILLIET et M. FOCHIER croient qu'en réalité, le pronostic est plus sombre que ne le fait M. Goullioud. Il y a des cas, où, après la grossesse, les lésions tubo-ovariennes s'amendent, mais en général, il n'en est rien, si même elles ne sont aggravées.

Du déciduome malin

Par le Dr **Jeannel**, de Toulouse.

Il existe dix-huit observations publiées de déciduome malin. Onze sont rapportées ou citées par Nové-Josserand et Lacroix, dans leur mémoire des *Annales de gynécologie ;* une de Maïer, une de Sänger, une de Pfeiffe, trois de Chiari, une de Muller, une de Gottschalk, une de Fochier, une de Lohlein, enfin une de Kœttnitz. Mes recherches m'ont permis d'en découvrir sept autres, à savoir : deux de Schmorl, deux de Stenge, une de Zweifel, une de Paviot, une de Hartmann. Celle que j'apporte au Congrès est la dix-neuvième, la voici :

Une femme de 26 ans, de robuste constitution et de parfaite santé, m'est adressée de Carcassonne. Sans aucun antécédent pathologique, elle était très bien réglée, lorsqu'en janvier 1893, elle eut un retard de quinze jours, qui se termina par une hémorrhagie profuse ayant nécessité le tamponnement. Le médecin traitant crut à une fausse couche. La menstruation se rétablit et resta régulière jusqu'en mars 1893. Alors survinrent de nouvelles hémorrhagies qui ne cessèrent plus jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital, le 1er mai 1894. Ces hémorrhagies, tantôt plus, tantôt moins abondantes, ne semblaient pas être influencées par les règles dont le compte était perdu. Elles mirent la malade dans un état d'anémie profonde que je constate à ma première visite. Du reste, aucun autre trouble fonctionnel.

On trouve par le palper, une tumeur antérieure, mobile, dépassant le pubis, ayant toutes les apparences et les caractères d'un fibrome trilobé. Le toucher trouve un col de nullipare ferme et fermé ; un corps utérin gros comme une tête de fœtus en rétroflexion dans le cul-de-sac postérieur. Tous les viscères sont sains. L'examen des urines reste négatif.

Je diagnostique un fibrome utérin hémorrhagique et je conseille l'hystérectomie vaginale.

Celle-ci fut pratiquée le 5 mai ; elle fut incidentée par la difficulté des saisies, au moyen des pinces, du corps utérin ramolli, désorganisé par le néoplasme ; elle put cependant être terminée en un quart d'heure. L'opérée guérit simplement.

La tumeur examinée par M. le Dr Dannie, chef des travaux histologiques du laboratoire des cliniques de la Faculté, présenta tous les caractères macroscopiques et microscopiques du déciduome malin, tels que les ont décrit Sänger et plus récemment Nové-Josserand et Lacroix. C'était la même masse pulpeuse hémorrhagique développée et infiltrée sous forme de noyaux dans le parenchyme utérin, les mêmes taches ecchymotiques le long des vaisseaux, la même destruction du parenchyme, la même délitescence du néoplasme creusant une cavité et préparant la perforation. C'était aussi au milieu de foyers hémorrhagiques, comme élément histologique fondamental et même unique, la cellule déciduale avec toutes ses qualités et ses variétés, identique à la cellule de la caduque utérine et de la sérotine.

Les nombreuses préparations et les belles aquarelles que voici, faites par M. Dannie, sont absolument démonstratives : le diagnostic du déciduome est indiscutable et quant à la malignité, l'activité de la prolifération cellulaire, l'infiltration néoplasique, l'existence de noyaux secondaires non pas dans les viscères, mais dans l'utérus lui-même, la démontrent sans conteste.

Au point de vue clinique, j'ai fait une erreur de diagnostic. J'ai cru avoir affaire à un fibrome, pourtant quatre signes eussent pu m'éclairer : 1° La fausse couche ? Mais elle avait

pu être provoquée par les fibromes. 2° La forme et la consistance du col ? Mais le col ne se ramollit et ne s'entr'ouvre que lorsque les fibromes sont déjà anciens ; j'avoue du reste n'y avoir pas attaché l'importance méritée. 3° L'allure des hémorrhagies, continuelles, non congestives, profuses telles qu'on ne les observe guère dans les fibromes où elles sont positivement influencées par le molimen menstruel. 4° Le toucher intra-utérin, qui eût révélé la consistance pulpeuse du néoplasme et la destruction de la paroi utérine menacée de perforation, mais que je n'ai pas même songé à pratiquer, m'étant arrêté au diagnostic en somme raisonnable de fibromes et l'hypothèse d'un déciduome ne s'étant même pas présentée à mon esprit avant l'opération.

Je suis le cinquième qui ait pratiqué l'hystérectomie vaginale pour déciduome.

Gottschalk a perdu son opérée au bout de 7 mois ; Lohlein, au bout d'un an.

Menge n'a pas donné de nouvelles de son opérée.

L'opérée de Fochier et la mienne sont aujourd'hui en parfaite santé.

Quant à l'opération, elle est rendue plus malaisée par la difficulté des prises solides dans le tissu pulpeux du néoplasme infiltrant l'utérus, et il importe soit d'enlever l'utérus sans le morceller, soit alors que le volume impose le morcellement, de faire une toilette minutieuse du champ opératoire pour éviter les greffes. Je crois en outre nécessaire d'enlever les annexes pour être assuré d'enlever tous les tissus suspects.

Enfin au point de vue purement doctrinal, je ferai remarquer que la cellule déciduale n'existant pas dans les villosités choriales, le déciduome ne peut résulter d'une greffe des villosités ; que d'ailleurs, la cellule déciduale, éphémère, comme la gravidité, ne saurait être une cellule mésodermique de l'âge embryonnaire oubliée et reprenant sur le tard son activité, sous une influence quelconque, comme le voudrait la théorie de Conheim, puisqu'elle n'apparaît que pendant la

grossesse. J'en conclus que la théorie de Conheim ne peut expliquer la genèse du déciduome malin et se trouve par conséquent bien ébranlée puisqu'elle est en défaut.

D'une forme particulière de cancer utérin (Cancer diffluent à cellules musculaires du type embryonnaire)

Par **M. Condamin**, de Lyon.

L'auteur insiste sur une forme particulière de cancer utérin qu'il a eu l'occasion d'observer, qui se caractérise au point de vue clinique par une mollesse particulière de la tumeur qui l'a fait confondre avec une collection liquide ou semi-liquide. (Dans le service de Laroyenne, deux malades furent ponctionnées par le vagin pour un cancer diffluent de l'utérus, pris pour une hématocèle ou une collection rétro-utérine.) L'évolution est rapide, entraîne assez vite la cachexie, semble ne pas se généraliser et survient chez les femmes âgées. Le tissu néoplasique est constitué par des masses molles, fongueuses, sans aucune cohérence entre elles, ressemblant à du frai de grenouille. Les hémorrhagies interstitielles sont fréquentes. Au point de vue histologique, la tumeur est constituée par des cellules musculaires typiques à caractère généralement embryonnaire. (Examen histologique par M. Bard.) Ces caractères cliniques et histologiques différencient nettement le cancer diffluent de l'utérus à cellules musculaires des sarcomes du corps et des fibromyômes dégénérés. Dans les cas observés par l'auteur, la tumeur s'était toujours développée aux dépens de la paroi postérieure et avait laissé indemne la muqueuse.

De la salpingo-ovariotripsie et de l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée

Par **M. Condamin**, de Lyon.

Laroyenne, de Lyon, a montré que certaines collections

pelviennes formées par un foyer intra-péritonéal, renferment dans leur intérieur des annexes malades, cause de la réaction inflammatoire péritonéale. Dans ce cas, la méthode de Laroyenne (ponction et large débridement) doit être complétée par l'ablation des annexes par la voie vaginale. Condamin, dans certains cas où cette ablation présente quelques difficultés ou quelque danger en raison d'adhérences trop intimes avec les organes voisins, conseille de faire le broiement de ces annexes malades entre les mors d'une pince fenêtrée (salpingo-ovariotripsie). De cette façon, on enlève la plus grande partie des tissus malades sans risquer de déchirer les organes adhérents trop intimement aux annexes. Comme la poche qui contenait primitivement du liquide et les annexes est maintenue ouverte par un tamponnement prolongé à la gaze iodoformée, des débris sphacélés tombent dans celle-ci, d'où ils sont facilement éliminés.

Cette ablation des annexes par la voie vaginale ou cette salpingo-ovariotripsie est un complément souvent indispensable de la méthode de Laroyenne. Elle présente sur l'opération de Péan-Segond l'avantage d'être plus conservatrice, car elle peut s'appliquer sur une trompe malade sans qu'on touche à l'ovaire correspondant ou à la trompe du côté opposé. Elle se fait en dehors de la cavité péritonéale et permet d'éviter les dangers d'infection de la grande séreuse. D'autre part, les chirurgiens qui ont l'habitude des interventions par la voie vaginale savent bien que, contrairement à ce qui a été dit, cette voie n'est guère plus aveugle que la voie supérieure et n'en présente pas les dangers dans les cas de suppuration.

Deux cas d'hystérectomie abdominale totale

Par le Dr **Paul Delagénière**, de Tours.

La première malade avait un fibrome moyen (1,800 gr.) très douloureux, la deuxième un fibrome volumineux (8 kilogr.) remontant jusqu'à l'épigastre.

La durée de l'opération fut longue (2 h. 10 et 2 h. 20), mais les suites furent très simples.

La longueur de l'opération peut être rattachée à la dissociation des lames péritonéales recouvrant les faces antérieure et postérieure de l'utérus que l'on suture ensuite au surjet, et à l'hémostase de l'hémorrhagie vaginale survenant à la suite de la section de cet organe.

Les bons résultats obtenus non seulement par moi, mais par mon frère, sont probablement dus à la fermeture du péritoine obtenue par le surjet fait sur les feuillets péritonéaux détachés de l'utérus et au drainage parfait qui résulte de la non-occlusion du vagin.

Deux cas d'anomalie et de malformation congénitales

Par le Dr **Paul Delagénière**, de Tours.

I. — Il s'agit d'une femme de 34 ans chez laquelle au cours d'une laparotomie on trouve les malformations suivantes : L'utérus présente, au lieu d'un bord droit, une véritable face. Il n'y a ni trompe, ni ovaire, ni rein à droite. Le rein gauche unique est hypertrophié. Quant au péritoine, il se réfléchit directement de l'utérus sur le cæcum qui est en contact direct avec la matrice. Le feuillet antérieur devenu pariétal se confond avec le bord inférieur droit du grand épiploon, qui semble se continuer avec lui. C'est une atrophie de l'organe de Wolff droit.

II. — Enfant de 3 ans hérédo-syphilitique. La jambe droite plus courte que l'autre de 6 centim., n'a pas de péroné. Il existe une fracture congénitale au niveau du tiers inférieur du tibia avec consolidation à angle droit. Le sommet de l'angle, dirigé en avant, offre une dépression cutanée munie de poils dont le fond adhère à l'os. Le pied enroulé sur son bord interne ne présente que 4 orteils. Après une ostéotomie cunéiforme où l'on trouve l'os éburné, la jambe ne s'accroît pas en longueur, mais la marche est devenue bonne, cinq mois après l'opération.

Cure radicale de la hernie ombilicale avec une série de 29 cas (16 ombilicales, 11 épigastriques)

Par le Dr **Lucas-Championnière**, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La hernie ombilicale et la hernie épigastrique ne sont pas encore traitées par la cure radicale aussi régulièrement que les autres hernies.

Malgré le peu d'empressement des malades et des médecins à accepter l'opération, j'en réunis un nombre assez important : 18 hernies ombilicales, 11 hernies épigastriques.

Il y a lieu d'attirer l'attention sur la nécessité urgente de généraliser cette opération, pour laquelle tous les principes de la cure radicale des autres hernies sont applicables.

D'ordinaire on laisse cette hernie acquérir un volume énorme. Elle cause une gêne extrême. Elle n'est pour ainsi dire jamais contenue par les bandages, même par ceux qui soulagent. Elle doit compter au premier rang de celles qui mènent à une déchéance organique rapide (diabète, albuminurie, sénilité précoce). Elle se complique presque toujours d'obésité et d'emphysème pulmonaire. On ne doit pas compter qu'après avoir laissé le mal se développer on sera maître de le guérir. Dans les opérations de grosses hernies ombilicales même les meilleures, la récidive est menaçante.

Les récidives se font moins au niveau du centre de la cicatrice que sur les parties latérales, parce que la paroi est manquante. Au contraire lorsque les hernies sont petites ou de moyen volume, on obtient des cures radicales bien solides.

La hernie ombilicale se présente avec des formes si variables, qu'il me paraît impossible de déterminer le détail de l'opération d'une façon absolue.

Cependant, comme pour les autres hernies, on peut ramener les nécessités de l'opération aux suivantes :

Destruction du plan glissant. Fermeture des membranes constituant la surface glissante (pédicule du sac). Suture

des parois à plans multiples pour constituer la cicatrice le plus solide possible.

L'excision de l'ombilic ou omphalectomie est une nécessité dans la plupart des cas au cours de la dissection du sac. Dans les cas de hernie compliquant les kystes de l'ovaire, elle peut être très large et je l'ai pratiquée depuis longtemps. Pour les grosses hernies on doit fatalement être plus ménager de la paroi déficiente. En augmentant la tension de la paroi, on augmente les chances de récidive.

Je recommande la résection de tout l'épiploon hernié et de tout celui qui peut être extrait. Cela est bon pour diverses causes et amène un peu de diminution de tension.

Je relève les chiffres suivants dans les résections que j'ai faites : 573 grammes, 482, 412, 245, 523, 272, 95. Ces chiffres établissent le volume considérable des hernies opérées.

Ne pouvant croiser les plans comme pour la hernie inguinale, je multiplie les plans de suture, en les superposant et repliant les surfaces vers la profondeur. D'abord plan séreux fermé par sutures multiples ou par suture en bourse. Premier plan de suture des tissus fibro-musculaires. Deuxième plan fibro-musculaire en avant du premier. Troisième plan fibro-musculaire refoulant en arrière les deux premiers.

Je constitue ainsi une cicatrice très épaisse au-devant de laquelle la peau est réunie, et un drainage est fait sous celle-ci pour assurer le calme de la réparation des plans de suture.

Dans le cas de hernies petites ou de moyen volume, ne dépassant guère le volume d'un œuf, les résultats immédiats et définitifs ont été excellents.

Pour les très grosses hernies, l'opération donne de très bons résultats parce que l'on fait disparaître les accidents. Mais la tendance à la récidive est très grande. Dans la plus volumineuse que j'ai opérée (78 centimètres de tour), au bout de deux années la paroi était encore très solide. Plus tard elle a faibli et la récidive s'est faite. Dans les cas de

grosse hernie, le port d'une ceinture prévient et retarde le retour des hernies.

L'épiploon ne constitue pas une défense pour la paroi, mais une cause de faiblesse là où il est adhérent.

Malgré des conditions très graves, les suites de l'opération ont été bonnes dans les 18 cas où je suis intervenu. J'ai cependant eu à combattre des accidents sérieux de congestion pulmonaire.

Je crois que la véritable chirurgie de la hernie ombilicale consiste à ne jamais la laisser grossir.

Considérant l'extrême gravité de sa marche au point de vue de la santé générale du sujet, la gravité particulière de l'étranglement, l'accroissement fatal de la hernie, il y a lieu de proposer systématiquement la destruction de toute hernie ombilicale au début.

Hernie épigastrique. — J'ai opéré onze cas de hernie épigastrique, dont un sujet porteur de deux hernies épigastriques qui m'a donné du reste une excellente guérison.

Au contraire de la hernie ombilicale, la hernie épigastrique n'a presque jamais de tendance à augmenter notablement de volume. Au contraire de la hernie ombilicale souvent indolente, elle est habituellement douloureuse et souvent accompagnée de vomissements et troubles intestinaux divers, accidents peu explicables du reste.

La thérapeutique palliative de cette hernie est peu heureuse. Une seule fois j'ai vu un bandage soulageant réellement.

L'opération est facile et très efficace à la condition d'être faite très largement. L'orifice herniaire doit être largement incisé. J'attire alors largement le sac au dehors ; je l'ouvre je détache et j'excise l'épiploon s'il y en a. Après ligature du sac en pédicule, je l'excise le plus haut possible. La suture est faite sur les parties incisées. La ligne de réunion est renversée en dedans et un second plan de suture est fait sur la paroi pour consolider le premier. Réunion de la peau avec ou sans drainage.

Cette opération s'est toujours montrée d'une sécurité et d'une efficacité parfaites. Je n'ai jamais vu de récidive.

Je l'ai rapprochée de la précédente pour marquer la différence qui sépare ces deux lésions si voisines de siège, mais aussi pour montrer que quelque petites que soient chez l'adulte les hernies de la ligne médiane de la paroi, il y a toujours nécessité de les opérer. Cette règle générale ne souffrira pour ainsi dire aucune exception.

Kystes hydatiques des épiploons

Par le Dr **Goullioud**, de Lyon.

Observation de kystes hydatiques multiples des épiploons et de la cavité abdominale pour lesquels j'ai fait trois opérations successives, en deux ans et demi. Les deux dernières furent très rapprochées et faites dans le même séjour de la malade à l'hôpital. Deux fois la malade vit disparaître les troubles digestifs et les douleurs dus à son affection et put se croire guérie.

La première opération consista en la résection totale du grand épiploon, infiltré de kystes de tout volume, s'étendant de l'apophyse xiphoïde au petit bassin, les plus inférieurs simulant un kyste de l'ovaire et maintenant l'utérus en rétroversion. Cette grappe épiploïque pesait plus de 1,200 gr.

Un groupe de kystes, situés profondément sous le foie et qui n'auraient pu être atteints qu'en passant à travers le mésocôlon et réservés àu ne intervention ultérieure, s'atrophièrent à la grande surprise du chirurgien.

Il avait aussi redouté qu'à la suite de la rupture de quelques hydatides, inévitable pendant l'opération, une éclosion formidable de kystes se produisît, ne laissant à la malade qu'un bien-être très éphémère. Il n'en fut rien.

S'il fut obligé de faire une seconde opération, c'est que d'autres kystes apparurent dans une autre région, plus élevée, au niveau du bord inférieur du foie et du petit épi-

ploon. Cette seconde opération complexe consista à énucléer plusieurs petits kystes infiltrés dans l'épiploon gastro-hépatique, et à en inciser en un temps deux plus volumineux. Il fut impossible de fermer au préalable la cavité péritonéale, au niveau des angles rentrants formés par les kystes, autrement que par une mèche iodoformée. Cependant, il n'y eut aucun symptôme d'intoxication hydatique.

Enfin, quelques jours après, M. Goullioud débridait largement le cul-de-sac de Douglas, où se trouvait une agglomération de kystes, qu'il attribue à une greffe intra-péritonéale.

La malade, actuellement très bien, ayant repris de 7 kilog. en quelques semaines, sera suivie et réopérée s'il y a lieu.

Les kystes hydatiques multiples de l'abdomen ont, en effet, la récidivité des tumeurs malignes, mais avec cet avantage de pouvoir être poursuivis et peut-être guéris par des opérations successives.

Les observations de MM. Monod, Bouilly, etc., présentées à la Société de chirurgie, cette année même, tendent à le prouver, ainsi que quelques faits réunis dans les thèses de MM. Frédéric Albert (Paris, 1887) et Monéger (Lyon, 1892).

Ce cas est, en tout cas, très favorable à l'intervention chirurgicale.

Deux cas de fibromes de l'ovaire

Par le Dr **L. Rogée**, médecin de l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély.

J'ai rencontré cette année dans ma pratique deux fois des tumeurs fibreuses de l'ovaire. La rareté relative de ces tumeurs, les difficultés de diagnostic qu'elles présentent, les incidents opératoires qu'elles peuvent amener par les grandes incisions qu'elles nécessitent, les rendent particulièrement intéressantes pour le chirurgien et m'ont engagé à en publier l'observation.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une femme de 38 ans, sans antécédents héréditaires, réglée à 14 ans, ayant eu deux enfants, dont le plus jeune avait 8 ans, quand éclatèrent les premiers accidents, pour lesquels, elle fit appeler un médecin, en mars 1893. Elle avait à ce moment des irrégularités menstruelles, et il ne semble pas qu'on ait trouvé autre chose que de la métrite en l'examinant. Sept mois plus tard, le 8 octobre, elle fut prise subitement d'attaques convulsives avec perte de connaissance, et le médecin appelé crut, tout d'abord, à une grossesse, s'accompagnant d'éclampsie. Le volume du ventre était celui d'une femme grosse de sept mois environ; c'est à cette époque que je la vis pour la première fois. J'écartai l'idée de grossesse de concert avec mon confrère, et je pensai à une tumeur abdominale très vasculaire, dont le développement rapide semblait indiquer la malignité. La malade était aphasique, ses urines étaient légèrement albumineuses, et je proposai comme ressource extrême une opération, qu'on n'accepta point. Quelques jours après, se montrait une phlébite double : les pertes s'arrêtèrent, et le volume du ventre alla toujours en augmentant. En février 1894, survinrent des vomissements incessants, une anurie presque absolue et un état général tel, que je n'acceptai qu'avec les plus grandes réserves, de tenter une opération qu'on me suppliait de pratiquer.

L'état du ventre était le suivant : il y avait une ascite énorme, les cuisses, les jambes et les pieds étaient très enflés ; du côté de l'utérus, le col gros, entr'ouvert, dépoli, semblait faire corps avec une tumeur dure, immobilisée dans le bassin, autant par son volume que par de nombreuses adhérences. Les mouvements qu'on lui imprimait se transmettaient à l'utérus, mais non point avec la netteté que l'on rencontre dans les fibromes utérins. La malade ne prenait que quelques cuillerées de lait, et n'urinait pas plus de 30 à 40 grammes par vingt-quatre heures. Je l'opérai le 14 mars, avec l'aide de mes confrères : Bounn, Lablancherie et Devers. Une très grande quantité de liquide ascitique s'écoula d'abord, puis je tombai sur une tumeur dure, qui me semblait adhérente de toutes parts. Une ponction dans une sorte de loge, qui me tombait sous le doigt, laissa écouler deux ou trois litres de liquide hématique. Mes pinces ne pouvaient faire prise dans ces tissus épouvantablement musculaires, et ce n'est qu'après avoir

prolongé à gauche de l'ombilic une incision de près de dix centimètres que je pus passer derrière le bas-fond de cette tumeur, ma main droite, pour la faire basculer en avant. Des adhérences étendues la réunissaient à gauche au côlon descendant; elles furent réséquées et liées par des anses de soie plate. Le pédicule, large de quatre doigts, se confondait avec le ligament large gauche; il fut lié en plusieurs fois, par une ligature en chaîne, et réséqué. L'ovaire droit était sain, et fut laissé en place. L'utérus, un peu volumineux, n'était réuni au fibrome que par des adhérences assez lâches ; la toilette péritonéale fut particulièrement laborieuse, en raison du sang et des débris de toutes sortes, qui souillaient le ventre. Je fis un grand lavage avec de l'eau stérilisée renfermant du sublimé au vingt millième environ, et suturai la plaie par trois étages de surjets au catgut; la peau, par un surjet semblable, renforcé par une suture enchevillée de longues soies de Florence ; la plaie, traitée comme après toutes les ovariotomies, c'est-à-dire saupoudrée d'iodoforme et recouverte de ouate collée au collodion. Les suites furent aussi bénignes que possible : le soir même elle urina près de deux litres, elle alla à la selle spontanément le troisième jour, et à partir de ce moment jusqu'au huitième jour, la diurèse se maintint très abondante bien qu'elle ne bût presque pas de liquide. Je l'ai revue ces temps passés ; elle a conservé un peu de trouble de la parole, mais à repris son embonpoint. La tumeur enlevée pesait, débarrassée du liquide que je pus sortir par aspiration, 15 livres, mesurait 48 centim. de hauteur sur 36 centim. de largeur et 30 centim. d'épaisseur. La coupe en était ferme, rose pâle comme celle de certaines tumeurs encéphaloïdes du sein ; le centre était formé par des amas de grandes lacunes aux parois friables ressemblant à du tissu caverneux.

Cette tumeur me semble devoir être rangée dans la variété de fibromes décrits par Spiegelberg, sous le nom de fibrome aréolaire.

Trois mois plus tard, en juin 1894, un de mes confrères, le Dr Robin de Saint-Hilaire, m'adressait une malade présentant avec celle dont je viens de parler une frappante analogie.

II. — M..., âgée de 58 ans, orpheline de père et de mère, réglée à 17 ans, n'a jamais vu d'une façon bien régulière. Mariée à 34 ans, elle a eu un garçon bien constitué. Elle n'avait jamais fait de maladie grave, et n'avait consulté de médecin que pour une descente de matrice, survenue à la suite de ses couches. Il y a huit ans que ses règles ont cessé. Elle ne peut pas dire au juste, quand elle s'est aperçue qu'elle avait une grosseur dans le ventre. Son médecin, il y a quatre ans, la soigna pour une péritonite, lui mit des vésicatoires, lui donna des purgatifs, et son ventre, qui était énorme à cette époque, diminua un peu de volume, et elle resta huit mois, améliorée, mais urinant très difficilement. En février 1894, son état s'aggrava. Un confrère appelé en consultation trouva la tumeur, l'attribua à un cancer de l'utérus, ponctionna l'ascite et retira douze litres de liquide ; un mois après, nouvelle ponction de quatorze litres. Huit jours après, paracentèse de douze litres. C'est à ce moment que je vois la malade pour la première fois : l'amaigrissement est extrême et contraste avec le volume du ventre, qui est énorme. A travers l'épanchement, on sent très nettement une tumeur très dure et très mobile, donnant la sensation de ballottement fœtal. L'utérus est sorti tout entier hors de la vulve ; les mouvements de latéralité qu'on lui imprime ne retentissent pas sur la tumeur, ce qui me fait supposer qu'il en est totalement indépendant. Je diagnostique une tumeur dure de l'ovaire, et après huit jours, passés à désinfecter ma malade, je l'opère le 5 juillet, avec mes aides habituels. J'oubliais de dire que l'état général était fort mauvais, que la malade n'urinait que 20 à 30 grammes d'urine très épaisse par jour, et qu'elle ne pouvait se nourrir qu'avec un peu de lait. Une incision est menée du pubis à l'ombilic, et prolongée à gauche de ce point, de quatre travers de doigt. A l'ouverture du péritoine, une quantité de liquide ascitique, qu'on peut évaluer à douze litres, s'écoule tout d'abord, et par la brèche faite au ventre, j'attire au dehors une masse très dure, dont la surface est irrégulière et parsemée d'un lacis de gros vaisseaux maintenus par des tractus fibreux. Le pédicule très long, gros comme trois doigts, est serré par un clamp très puissant, moins pour arrêter l'hémorrhagie que pour réduire sa masse ; lié avec des anses de soie plate, il est réséqué et abandonné dans le ventre. La toilette du péritoine est faite avec une solution de bichlorure, au quinze millième, dans l'eau

stérilisée ; suture en trois étages par un surjet au catgut, comprenant le péritoine, l'aponévrose et le tissu musculaire. Suture de la peau par un surjet semblable et des soies de Florence. Pansement comme plus haut. Le soir, diurèse d'un litre et demi ; la malade va à la selle le quatrième jour, se lève le dix-septième, et n'a pas eu de suites opératoires. Sa santé est aujourd'hui excellente, sauf qu'elle a conservé sa descente de matrice, qu'elle veut se faire enlever prochainement. La tumeur pèse huit livres, débarrassée du liquide que renfermaient deux cavités, qu'on trouvait dans sa masse, et qui contenaient un litre environ de liquide citrin. Elle mesure 23 centim. de hauteur, 18 centim. de largeur et 15 centim. d'épaisseur. Le tissu en est dur, résistant à la coupe, comme celui des fibromes de l'utérus. Il est très peu vasculaire.

Ces deux observations sont intéressantes, surtout dans ce sens qu'elles montrent la tolérance extrême de l'organisme pour la quasi-suppression d'une fonction aussi importante pourtant que celle du rein.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Fibro-myômes dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches (1)

De l'influence des fibro-myômes de l'utérus sur la conception, la grossesse et l'accouchement. (Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf die Conception, Schwangerschaft und Geburt), Hofmeier. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXX, Hft. I, p. 199.

La stérilité, absolue ou relative (fécondité diminuée), est-elle en relation étiologique avec les myômes ?

Hofmeier utilise un ensemble de 213 cas, dont 208 appartenant exclusivement à sa pratique personnelle et 5 empruntés à la pratique de Schröder, mais pour lesquels il avait assisté ce dernier. Sur les 213 malades, 46, soit 22,5 p. 100, n'étaient pas mariées. De

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, octobre 1894, p. 299.

ce nombre, 2 avaient accouché une fois, une troisième était venue réclamer l'assistance médicale à quatre mois de grossesse.

Des 167 autres femmes, 38, soit 22,7 p. 100, avaient un ménage stérile ; Winckel a trouvé 32 p. 100, Gusserow 27 p. 100, Schumacher 21 p. 100, Röhrig 29 p. 100, Weit 25 p. 100.

PROPOSITION I. — *25 p. 100 environ des femmes atteintes de myômes et réclamant un traitement gynécologique, ne sont pas mariées ; 75 p. 100 sont mariées, et de celles-ci, de 25 à 30 p. 100 ont un ménage stérile.*

Si l'on veut arriver à préciser le rapport qui existe entre la stérilité et les myômes, il faudrait, avant tout, avoir établi exactement le pourcentage des ménages stériles, pris dans l'ensemble. Or, ce pourcentage n'a pas été encore suffisamment étudié. Pourtant, si l'on accepte comme exacte la proportion indiquée par Duncan, soit 15 p. 100, on voit que la différence par rapport aux femmes atteintes de myômes, n'est pas aussi grande qu'on le pense généralement. Toutefois, il y a une différence. A priori, et c'est l'opinion, à tort, la plus généralement répandue, on attribue cette différence aux conditions défavorables, quant à la conception, créées par les myômes. Mais, si l'on examine les choses de plus près, si, par exemple, on met en regard la durée de la stérilité et la date de l'apparition d'accidents significatifs de la présence des néoplasmes, l'appréciation change. Ainsi, l'âge moyen de 38 femmes, mariées, stériles, observées par Hofmeier, était 41,4 ans. Et la stérilité du ménage remontait déjà à environ seize ans ! Il faudrait donc admettre que chez ces femmes, déjà vers l'âge de 25 ans, les myômes avaient déterminé des modifications assez profondes pour empêcher la conception, opinion en désaccord avec les résultats de l'observation clinique. D'autre part, l'enquête faite auprès d'un certain nombre de ces femmes montre qu'elles s'étaient fait soigner par des gynécologues éminents déjà dix à quinze ans avant l'apparition des myômes.

PROPOSITION II. — *Pour le plus grand nombre de ces femmes, la tumeur myomateuse n'a aucune influence défavorable sur la stérilité, laquelle est liée à d'autres causes. Tout au moins, elle ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire. Admettre, sans plus ample information, un lien de causalité entre les myômes et la stérilité, c'est là un jugement qui ne cadre aucunement avec les faits.*

Quel rapport existe-t-il entre les myômes et la FÉCONDITÉ DIMINUÉE *dans les ménages qui étaient féconds?*

Sur un total de 124 femmes, pas moins de 55 n'avaient eu qu'une ou deux grossesses ; 31, une seule. Ces chiffres, à priori, semblent conformes à l'opinion générale de l'influence positive des myômes sur la stérilité relative. Mais, cette réalité, cette impression n'est pas juste. Ainsi, 46 de ces femmes avaient en moyenne 41,4 ans (21, avec une grossesse, âgées en moyenne de 41,4 ans ; 25 avec deux grossesses, âgées de 45 ans), et leur dernier ou unique accouchement datait environ de seize ans. Donc, ici encore, il faudrait admettre que déjà, seize années auparavant, les myômes avaient produit des lésions assez profondes pour empêcher toute nouvelle conception !

Encore avec ce fait que les phénomènes objectifs étaient au contraire de date récente et, qu'en outre, l'état des organes génitaux au moment de la constatation de la maladie ne différait pas de celui constaté chez des femmes qui avaient eu plusieurs grossesses, de telle sorte qu'à 27 ans déjà la maladie aurait non pas débuté, mais serait arrivée à un stade avancé de son évolution !

D'autre part, 67 femmes ont eu en moyenne 5,1 grossesses. Leur âge moyen, 45,8 ans ; l'intervalle écoulé depuis le dernier accouchement 12,1 ans. Age moyen à peine un peu plus élevé que celui des femmes avec deux grossesses. A propos de ces 67 femmes, on ne peut pas dire que les myômes ont empêché de nouvelles grossesses, puisqu'ici la fécondité s'est affirmée jusque vers 34 ans.

Or, si l'on rapproche les deux groupes de femmes, on voit que leur âge moyen diffère très peu, que, de plus, de par l'observation clinique, la durée de la maladie a dû être chez toutes à peu près la même. Comment donc, cela étant, les myômes auraient-ils causé la stérilité chez les unes et non chez les autres ?

PROPOSITION III. — *Les myômes, en général, n'ont aucune influence sur la fécondité ; car, la stérilité, presque toujours remonte à une époque où, très vraisemblablement, il n'existait pas encore de myôme. Cette stérilité, il faut en chercher la cause autre part que dans des myômes qui ne se développent que beaucoup plus tard.*

Sans doute, à première impression, il semblerait que la stérilité absolue ou relative, soit plus fréquente chez les femmes atteintes

de myômes. Mais cette impression s'efface à la réflexion. Comme il est noté plus haut, d'une manière générale, les femmes consultent pour la stérilité à une époque où généralement il n'est pas question de myômes. Et, si l'on examine soigneusement leur passé pathologique, le plus souvent, on apprend que la plupart ont antérieurement éprouvé, à la suite par exemple d'un accouchement, des douleurs dans le ventre, que, depuis cette époque, il n'y a pas eu de nouvelles grossesses. De plus, à l'examen gynécologique, on constate les traces de péritonites et périmétrites antérieures.

Enfin, loin de considérer les myômes comme créant, en général, des conditions défavorables à la conception, Hofmeier pense plutôt qu'ils la favorisent. « *Certes, écrit-il, je ne tiens pas les myômes pour une condition bonne en soi. Mais, il n'est pas douteux pour moi que chez les myomateuses l'activité des organes génitaux, partant celle des ovaires, se maintient plus longtemps qu'à l'ordinaire et que par suite l'aptitude à la conception est augmentée.* »

***

Myômes compliqués de grossesse. — Hofmeier critique l'opinion assez commune que les myômes compliqués de grossesse sont l'occasion d'accidents relativement fréquents par rapport à la gestation. Il reprend, en particulier, les diverses statistiques sur lesquelles cette opinion paraissait étayée, et s'efforce de montrer que, quand il y a eu avortement ou accouchement prématuré, on ne s'est pas toujours assez préoccupé de remonter à leur cause vraie. Tout en critiquant, cependant, la statistique dressée par Lefour, il note que cet auteur fait lui-même des réserves au sujet de l'importance à accorder à ces chiffres. « Un auteur, écrit Lefour, qui voudrait mettre ces chiffres au service d'une idée préconçue, pourrait essayer de prouver que les fibromes utérins n'ont aucune action sur la marche de la grossesse. Telle n'est pas notre pensée, mais nous ne pouvons pas nous empêcher de faire remarquer, que *l'influence abortive des corps fibreux n'est pas toujours aussi accusée qu'on serait tenté de le supposer.* »

Voici maintenant ce qu'Hofmeier a observé. Sur un total de 23 malades, 3 sont à éliminer : chez 2 la grossesse fut interrompue aux troisième et quatrième mois à la suite de l'ampu-

tation de l'utérus gravide. Jusqu'à ce moment, la gestation avait évolué régulièrement. Chez la troisième, des accidents hémorrhagiques liés à la présence d'une môle fournirent une indication à l'interruption artificielle de la grossesse, interruption qui, d'ailleurs, ne fut pas aisée.

Restent 20 femmes; 2 seulement ont accouché prématurément, l'une à six mois et l'autre à trois mois; les 17 autres ont, toutes, accouché à terme, après une grossesse régulière, bien que, chez la plupart, l'utérus fût traversé de fibromes ! En outre, dans le premier cas, l'avortement ne fut peut-être pas la conséquence du myôme. Car, cette même femme avait déjà accouché un an et demi auparavant, à huit mois de grossesse. Combien de fois n'observe-t-on pas de ces accidents chez les multipares !

PROPOSITION IV. — *Les myômes, compliqués de grossesse, ne créent pas de dangers notables d'hémorrhagies ni d'interruption de la gestation ; en réalité ces dangers ne sont pas plus grands que dans une grossesse normale.*

***

L'augmentation des myômes pendant la grossesse est surtout apparente. Cette augmentation est l'effet de l'imbibition séreuse et du relâchement marqué des éléments de la tumeur, en partie aussi de l'hypertrophie gravidique des fibres musculaires. Mais, cette hypertrophie rétrocède si rapidement après l'accouchement qu'elle ne saurait constituer un danger pour les accouchées. Il n'en est pas tout à fait ainsi avec les douleurs qui accompagnent généralement la grossesse, et causées par la distention excessive du ventre. Il n'est pas douteux que ces douleurs peuvent s'exaspérer au point que la gestation devient fort pénible. Mais, *il est extrêmement rare qu'elles arrivent à produire une condition fâcheuse et définitive.* Et cela mérite d'être hautement affirmé, en présence de l'engouement de plus en plus vif à opérer durant la gestation. Il ne faut pourtant pas nier qu'éventuellement peuvent se manifester des phénomènes très graves et imminents, mais l'éventualité est extrêmement rare. D'autre part, la plupart du temps, la grossesse terminée, les malaises s'évanouissent tôt et complètement. Au résumé, *l'indication d'une opération pendant la grossesse est extrêmement rare*: Et, à supposer, qu'en certains

cas, une opération devienne nécessaire, on pourra différer le choix de l'intervention jusqu'à la fin de la grossesse, parce que la provocation de l'accouchement prématuré sacrifie inutilement la vie fœtale et qu'il comporte à peine plus de dangers que l'accouchement à terme.

*
* *

Myômes et accouchement. — Impossible de nier qu'en certains cas, la présence des myômes fait une nécessité de recourir à certaines opérations.

Ainsi, chez une de ses malades atteinte d'un myôme, gros comme une tête fœtale, pédiculé, qui, issu de la paroi postérieure de l'utérus, occupait le petit bassin où il adhérait presque de tous les côtés, Hofmeier dut-il faire la césarienne (méthode de Porro). Mais, d'autres observations lui ont montré que, même dans des cas où l'issue paraissait autant dire désespérée, l'accouchement parvint à se faire par les voies naturelles et spontanément. Cependant, il arrive que l'accouchement traîne en longueur et qu'on soit forcé de le terminer (version, forceps, etc.).

Le plus grand danger, assurément, c'est la possibilité d'hémorrhagies graves, *post-partum*, par contraction insuffisante. Mais, ces dangers sont considérablement diminués quand l'accoucheur les prévoyant, surveille soigneusement ses malades.

Myômes et suites de couches. — Les deux plus grands dangers indiqués sont la désintégration et la putréfaction des myômes. Mais, sous ces deux dénominations, on mêle des choses fort différentes. Ainsi, suppuration vraie et putréfaction et dégénérescence graisseuse des myômes sont choses fort distinctes. La première relève évidemment de l'infection et sera efficacement prévenue par une antisepsie rigoureuse. Quant à la dégénérescence graisseuse, elle contribue peut-être à la rétrocession habituelle de la tumeur dans les suites de couches.

PROPOSITION V. — *Les myômes ne causent que rarement, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, des dangers réels, sérieux. Patience, direction prudente de l'accouchement, surtout antisepsie rigoureuse, surveillance judicieuse de la délivrance, voilà des conditions qui permettent de diminuer considérablement ces dangers.*

Hofmeier fait suivre cette proposition de l'analyse critique des cas correspondants qu'il a eus à diriger, analyse qui la justifie.

***

Traitement des myômes. — C'est l'opinion courante qu'après l'accouchement l'énucléation des myômes est facile. Sans contredire qu'en certaines circonstances on peut y procéder à ce moment, Hofmeier insiste vivement pour qu'on diffère l'intervention de quelques semaines ou de quelques mois. Un cas de rupture de l'utérus, communiqué par Stratz, met en relief le danger de ces interventions immédiatement après l'accouchement. Qu'on attende un peu plus, les avantages du relâchement ou des modifications du tissu utérin persistent encore et, d'autre part, les myômes sont en général plus petits, la vascularisation moins intense, les dangers d'infection moindres. Quand il n'y a pas eu infection pendant le travail, l'expectation n'a pas d'inconvénient.

PROPOSITION VI. — *Le moment le meilleur, le plus favorable pour une intervention chirurgicale, n'est pas tout de suite après le travail ; c'est, plusieurs semaines, plusieurs mois après.*

Suit un tableau synoptique où sont notés les points saillants des 213 observations utilisées par Hofmeier pour son travail : date et nom ; âge ; nombre des accouchements ; durée de la stérilité, date du dernier accouchement ; symptômes, état constaté au moment où la femme a réclamé l'assistance médicale.

R. LABUSQUIÈRE.

Histogenèse et étiologie des myômes utérins. (Ueber die Histogenese und Aetiologie der Uterusmyome), GOTTSCHALK, *Arch. f. Gyn.* Bd. XLIII, Hft. III, p. 534, et *Cent. f. Gyn.*, 1894, nº 44, p. 1017.

L'auteur rappelle tout d'abord les différentes opinions déjà émises sur l'histogenèse des myômes utérins : *a*) hypertrophie, accroissement des éléments fibro-musculaires, processus dans lequel sont intéressés vaisseaux et tissu connectif, et qui est de nature irritative (Virchow) (1) ; *b*) origine congénitale. Les ger-

(1) *Geschwulstlehre*, Bd. III.

mes des tumeurs datent de la vie embryonnaire et, plus tard, durant la vie extra-utérine certaines circonstances, à un moment donné, les mettent en évolution (Cohnheim) (1); Léopold (2) a adopté la théorie de Cohnheim, et croit que les conditions étiologiques indiquées par Virchow et Winckel (3) (trauma, inflammation, vascularisation excessive, affaiblissement de l'organisme, etc.) sont incapables, à défaut d'un germe congénital, de produire un myôme vrai. Klebs (4) a émis l'opinion que de la prolifération du tissu connectif et musculaire de certains vaisseaux résultent des nodules dont la fusion aboutit à la formation d'une tumeur. Kleinwächter (5) fait dériver les myômes des capillaires. Des cellules rondes émigreraient de ces vaisseaux, se rangeraient parallèlement à eux, se transformeraient en cellules connectives et musculaires et, finalement, étoufferaient, pour ainsi dire, le vaisseau capillaire qui serait remplacé par un tube plein de faisceaux musculaires : nodule primitif du myôme. Enfin Rœsger (6) émit l'hypothèse que ce ne sont pas des capillaires que proviennent les myômes, mais bien de petites artères dont la paroi forme la matrice de la tumeur. Cette opinion, il la fonde sur ce fait que, souvent, les petites artères des myômes jeunes sont dépourvues de la tunique adventice et que la musculaire se continue directement dans le néoplasme.

A son tour, Gottschalk a étudié l'histogenèse et l'étiologie des fibro-myômes. Il a soumis à l'examen microscopique de très petites tumeurs, constatables pourtant à l'œil nu. Ces recherches microscopiques lui ont fait voir que l'élément capital de tout germe de tumeur était représenté par une portion d'une artère très sinueuse, hélicine, dont la lumière est, sur certains points, presque ou même complètement effacée par suite de la prolifération des éléments de la paroi du vaisseau. Indépendamment des éléments cellulaires de cette artère, qu'en raison de son impor-

(1) *Vorlesungen über allgemeine Pathologie*, 1877.

(2) Experimentalle Untersuchungen über die Aetiologie der Geschwülste, *Virchow's Archiv*, Bd. LXXXV.

(3) *Volkmann's Sammlung klin. Vort.* 98.

(4) *Handbuch der patholog. Anatomie*, Bd. I., Berlin.

(5) *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. IX, p. 70.

(6) Ueber Bau und Enstehung des Myoma uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVIII.

tance, il dénomme « artère-noyau » (Kernarterie), les cellules du tissu environnant participent au processus de prolifération. Aussi, peut-on distinguer dans un de ces nodules primitifs, au centre, les trois tuniques hyperplasiées de l'artère centrale et, plus en dehors du tissu musculaire, de nouvelles formations, indépendantes des parois de l'artère. Dans le développement ultérieur de la tumeur, c'est la tunique adventice qui, la première, disparaît dans le néoplasme, ses éléments cellulaires se transformant en cellules musculaires et connectives. La tunique moyenne conserve le plus longtemps son individualité et reste longtemps reconnaissable par la disposition caractéristique de ses fibres annulaires. Les processus de prolifération, au niveau des tuniques, sont si intenses que, de bonne heure, des portions de la lumière de l'artère sont oblitérées par les cellules de nouvelle formation. En ces points, la tunique moyenne épaissie circonscrit des zones d'un tissu très lâche en comparaison du tissu environnant essentiellement dur et fibreux, qui est composé d'une substance fondamentale fibrillaire, claire, et de cellules connectives et musculaires à des degrés très différents de segmentation nucléo-cellulaire. Dans le tissu dur, épais, environnant, se trouvent non seulement des cellules musculaires à côté de cellules musculaires, mais, entre ces cellules, au sein du tissu fondamental, existent aussi des noyaux, très riches en chromatine, fortement colorés. Ces noyaux intercellulaires, riches en chromatine, ont une très grande importance, parce que l'infiltration nucléaire ne peut se produire que dans les tissus siège d'une irritation locale. *Les myômes sont donc de nature irritative*, démonstration anatomo-histologique qui vient confirmer l'opinion de Virchow.

Comme lieux d'origine de ces noyaux, Gottschalk admet : 1) les noyaux des cellules musculaires, 2) les vaisseaux lymphatiques, 3) les cellules d'Ehrlich (1); ces dernières deviennent dans

(1) Les cellules d'Ehrlich ou « *Mastzellen* » (cellules engraissées), sont des éléments qui, très vraisemblablement, dérivent des cellules connectives. On les a dénommées « *Mastzellen* », c'est-à-dire cellules engraissées, parce qu'elles paraissent plus spécialement dans les tissus offrant des conditions favorables de nutrition. On les rencontre en quantité dans la rate, le poumon, le foie et dans les tissus richement vascularisés de néoformations pathologiques, tandis qu'elles font défaut dans les tissus dépourvus de vaisseaux (cornée, p. ex.) et qu'elles sont rares dans les fascias et les tendons.

le tissu myomateux exceptionnellement grosses. Le corps cellulaire est rempli de granulations pigmentaires, ressemblant à des spores, qui passent à travers la paroi. De la fusion de plusieurs de ces granulations, peuvent résulter des noyaux intercellulaires, ou bien les granulations se perdent dans les cellules musculaires. Les cellules d'Ehrlich doivent être le siège de processus vitaux importants, essentiels pour le développement de la tumeur. Dans un cas, Göttschalk constata dans le tissu de la tumeur, dans la lumière des vaisseaux des masses de protoplasma sans noyau, ce que l'on désigne sous le nom de cytodes (1), qui, *peut-être* posséderaient une action irritante. Ces cytodes activeraient le travail de sporulation des cellules d'Ehrlich, comme la prolifération du tissu connectif et musculaire serait la conséquence de l'activité de ces dernières.

Indépendamment des causes d'irritation locale, il faudrait faire intervenir dans l'histogenèse des myômes, les troubles généraux de la circulation et, somme toute, Gottschalk pense que le développement de ces tumeurs est en connexion étroite avec les vaisseaux artériels. D'où, l'indication thérapeutique : *ligature des artères utérines*, qui, pour l'auteur, constitue le traitement curatif le meilleur contre les myômes, encore aux premiers stades de leur évolution. Göttschalk a déjà obtenu, dans trois cas, les résultats les plus satisfaisants grâce à ce mode d'intervention. Dans un des cas, les nodules myomateux ont totalement disparu.

R. Labusquière

Un cas de torsion d'un myôme sous-séreux. Myomotomie. Guérison. (Ein Fall von Torsion eines subserösen Myoms. Myomotomie. Heilung), Rud. v. Holst. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 40, p. 967.

Obs. — X..., 31 ans, sujette depuis un certain temps à des méno et métrorrhagies, avec un certain degré de prolapsus utérin. Cette femme fut prise,

---

Polymorphes (sphériques, fusiformes, aplaties), elles ne sont reconnaissables que par les réactions microchimiques. R. L.

(1) Gottschalk s'est posé la question, sans la résoudre d'ailleurs, si ces amas protoplasmiques, qui sont doués de mouvements amiboïdes, ne seraient pas des « parasites animaux », d'ordre très inférieur. Ces éléments traversent non seulement le tissu propre de la tumeur et la paroi de l'artère centrale (*artère-noyau*, Kernarterie), mais on les trouve encore dans la lumière des artères voisines, solidement accolés à la tunique interne. Cette répartition topographique indique qu'ils viennent du sang artériel.

brusquement, d'accidents aigus (vives douleurs abdominales et vomissements). De plus, ses accidents coïncidèrent avec la disparition complète du prolapsus. Voici ce qu'on constate à l'examen : femme grande, forte, un peu anémique. Ancienne déchirure vagino-périnéale, faible descente de la paroi vaginale antérieure. Région hypogastrique sensible à la pression ; à droite, tumeur de consistance solide, peu mobile, douloureuse, environ du volume d'une tête d'adulte, utérus en rétroversion dans la partie postérieure du cul-de-sac gauche. Partant de son côté droit, une partie épaisse, large, courte, conduit sur la tumeur qui pointe dans le vagin. Le cathéter indique des dimensions normales de la cavité utérine. *Diagnostic :* torsion du pédicule d'une tumeur ovarique, du côté droit, solide ou pauciloculaire.

Laparotomie peu après son premier examen. Le ventre ouvert, écoulement d'une quantité assez notable d'ascite sanguinolente, et mise en évidence d'une tumeur rouge sombre, qui, à la palpation, donne une pseudo-fluctuation. Le péritoine est fortement vascularisé, comme un peu dépoli dans le bassin, sans pourtant avoir contracté d'adhérences avec la tumeur. On constate alors qu'il s'agit en réalité d'un myôme de l'utérus, à large base, extrêmement vasculaire, émané du fond de la matrice, à laquelle il avait fait subir un mouvement de rotation tel que les annexes droites avaient été entraînées en avant et à gauche, les annexes de gauche, en arrière et à droite du promontoire, ayant produit ainsi un déplacement d'environ 120°. Les conséquences de cette torsion avaient été une stase vasculaire intense dans la tumeur, et de la péritonite exsudative.

On put énucléer le myôme, supprimer, au moyen de sutures, la loge de la tumeur, et conserver les annexes et un utérus capable de remplir sa fonction d'organe gestateur. D'autre part, comme après l'extirpation de la tumeur on pouvait craindre la récidive du prolapsus utérin antérieur, on fit la ventro-fixation. *Guérison.*

L'erreur de diagnostic est explicable : l'utérus, primitivement prolabé, était en quelque sorte allongé dans sa portion cervicale. D'autre part, en raison du mouvement de torsion subi par l'organe, le cathéter ne put pénétrer que jusqu'à l'orifice interne qui, à tort, fut pris pour le fonds de l'organe. De sorte, que les renseignements fournis par l'examen devaient plutôt faire penser à un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Historique. — James Cuppie a communiqué à la Soc. obstét. d'Édimbourg le cas d'une femme enceinte, morte d'accidents de gangrène consécutifs à la rotation sur son axe d'un noyau sous-séreux. Virchow a décrit un cas de ce genre. L'utérus avait fait un tour sur son axe, et la portion utérine au niveau de l'orifice interne, était réduite à un mince cordon. Dans un cas, publié par Küster, l'utérus avait fait deux tours et demi. Le col étranglé par

les ligaments ronds était transformé en un cordon long de 10 centim. Également, Schröder, au cours d'une myomotomie, remarqua que myôme et utérus avaient fait un demi-tour. Enfin, Skusch a publié un cas dans lequel un myôme très volumineux avait fait subir à l'utérus une rotation de 180°.

R. LABUSQUIÈRE.

Un cas de fibro-myôme de l'ovaire. (Ein Fall von Fibromyoma ovarii), O. FEIS. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 6, p. 133.

OBS. — X..., 32 ans, sujette à des douleurs dorsales et hypogastriques (à gauche). De plus, constatation, à gauche, d'une tumeur ovarique. *Laparotomie.* La tumeur n'était nullement adhérente et occupait bien la situation et le lieu d'insertion de l'ovaire gauche. Elle fut enlevée ainsi que l'ovaire droit qui contenait plusieurs petits kystes. De ce dernier organe, on put cependant laisser en place une portion qui était saine.

La tumeur enlevée avait environ la grosseur d'un œuf d'oie, était de consistance dure, homogène, avec une surface irrégulière et sans trace d'adhérences. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien d'un fibromyôme.

Normalement, il existe au niveau du hile de l'ovaire, quelques cellules musculaires lisses, qui, pour la plupart, rayonnent du ligament de l'ovaire. Toutefois, la présence de fibres musculaires lisses dont les tumeurs ovariques, en nombre assez grand pour qu'on puisse les dénommer myômes, est un fait rare. Nombre d'auteurs, parmi lesquels Léopold et Spiegelberg, déclarent même que la présence de fibres musculaires lisses est incompatible avec l'origine ovarique. Également, Fritsch met en garde contre la méprise possible des tumeurs de l'ovaire, pourvu de faisceaux musculaires, avec des myômes utérins sous-séreux, séparés de la matrice. Mais, dans ces derniers temps, il a été publié des observations qui affirment, formellement l'existence de fibro-myômes de l'ovaire. L'observation précédente est de ce nombre.

R. LABUSQUIÈRE.

II. — CANCER DE L'UTÉRUS
(*Traitement palliatif.*)

Communication provisoire sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus avec l'alcool. (Vorlaüfige Mittheilung über die palliative Behandlung des carcinoma uteri mit Alkohol), H. SCHULTZ. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 13, p. 255.

Des injections intra-parenchymateuses d'alcool dans le traitement du cancer utérin inopérable, Vulliet. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1894, n° 10, p. 433.

Malgré les progrès réalisés dans la gynécologie opératoire, l'occasion se rencontre encore trop fréquemment d'avoir à soigner des cancers de l'utérus absolument injusticiables de toute opération radicale. Contre ces dégénérescences trop avancées, trop étendues, depuis longtemps déjà on a imaginé toutes sortes de traitements palliatifs (topiques, solides et liquides, cautère actuel et potentiel, curettage, etc.). De temps à autre même, on a signalé des résultats relativement satisfaisants obtenus par tel ou tel autre de ces traitements palliatifs utérins. Ainsi Van de Warker, s'inspirant de la pratique de Sims, avait-il employé un traitement palliatif, bien qu'assez complexe, basé sur l'action du chlorure de zinc, et avait-il, en 1884, publié dans l'*Am. J. of obst.*, un article dans lequel il indiquait de très bons résultats obtenus avec cet agent (1). Voici maintenant un autre traitement palliatif, bien plus simple au point de vue de la technique opératoire et dont deux gynécologues n'ont eu qu'à se louer : *injections intra-parenchymateuses d'alcool.*

C'est H. Schultz, assistant à la clinique obstétricale et gynécologique de Budapest, qui en a eu l'idée. « *Pensant que l'action bactéricide ou coagulante de l'alcool — suivant que le cancer reconnaîtrait en réalité une origine bactérique ou cellulaire (par prolifération), — se montrerait efficace, je traitai, dit-il, en juin* 1891, *un cas de cancer de la portion vaginale du col par les injections d'alcool ; je constatai les effets surprenants de l'action de cette substance.* » Cette proposition, l'auteur la faisait suivre de la relation de deux cas dont il considérait, tout au moins pour le moment, le traitement comme terminé.

I. — 40 ans, nullipare. Début de la maladie en mars 1891 (hémorrhagies irrégulières, écoulement fétide, douleurs abdominales et sacrées, déchéance générale, anorexie, insomnie).

État à l'examen gynécologique : lèvre antérieure du col transformée en un néoplasme de la grosseur d'une noix, irrégulier, qui saigne au moindre attouchement et extrêmement friable. Sauf vers le cul-de-sac gauche, siège d'une petite ulcération, le néoplasme paraît nettement limité par rapport à la voûte vaginale. Lèvre postérieure ulcérée sur la moitié seulement de sa surface. Culs-de-sac antérieur et gauche durs, utérus peu mobile.

(1) *Ann. de gynécol.*, septembre 1884, p. 196.

Injections d'alcool avec une seringue ayant cinq fois le volume d'une seringue de Pravaz ordinaire ; l'aiguille étant enfoncée de trois à quatre centim. dans le tissu, injections d'abord quotidiennes, puis plus espacées. Après l'injection, gaze iodoformée dans le vagin.

Après dix ou douze séances, la surface du néoplasme présentait une couche de bon aspect, granuleuse, déjà moins disposée à saigner. Après vingt injections, le néoplasme était réduit de moitié.

Plus d'écoulement sanguin ; de plus, l'écoulement persistant n'avait plus d'odeur. Après quarante-cinq injections, l'aiguille pénétrait difficilement dans un tissu fibreux. Cessation du traitement. *Quatre mois après, l'état de la femme était absolument satisfaisant, aussi bien au point de vue local que général.*

II. — IXpare, 35 ans. Début de la maladie cinq mois environ auparavant (hémorrhagies atypiques, écoulement fétide). Début du traitement le 5 octobre 1891.

État gynécologique à ce moment : lèvres du col très grosses, l'orifice externe représenté par une sorte de gouttière, néoplasme irrégulier, friable, saignant facilement. Extension du processus au tiers supérieur de la paroi antérieure du vagin, cancer inopérable. Même traitement que dans le cas précédent. Pour des raisons spéciales, le traitement subit une interruption. Aprés quarante-cinq injections, en janvier 1892, donc dix mois après le début du traitement, le néoplasme du col était réduit à un tiers ; au niveau de l'orifice externe existait une ulcération bordée par du tissu épithélial, néoformé, et poussant par îlots, vers le centre. L'aiguille n'entrait plus qu'à peine à un demi-centim. dans le tissu. Depuis, *plus d'hémorrhagie, un écoulement extrêmement léger, et un état général excellent.*

Les malades étant placées dans le décubitus latéral, on rend le col accessible au moyen d'un spéculum de Sims. Le méat urinaire est recouvert d'ouate pour le protéger contre l'action caustique de l'alcool. On procède alors aux injections, pour lesquelles on se sert d'alcool absolu. Au début l'auteur les espaçait, puis il les fit quotidiennes parce que le traitement est en général long. Beaucoup de malades accusent de la douleur, surtout quand l'injection est faite profondément, mais cette douleur se passe vite.

Comme Schultz, Vulliet à essayé les injections intra-parenchymateuses d'alcool et il en a obtenu des résultats également très encourageants. Il pense, sans être absolument affirmatif sur ce point, que les injections agissent « en produisant au centre et autour du néoplasme une cirrhose locale, qui aurait pour effet de rétrécir les vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qui circulent au sein du tissu sclérosé, de diminuer par conséquent la

circulation des sucs nourriciers aussi bien dans le tissu infiltrant que dans le tissu infiltré ».

En résumé, conditions de nutrition beaucoup plus défavorables pour le néoplasme et production d'une barrière fibreuse, constituant un obstacle sérieux à son extension. Quatre observations mettent en relief les résultats très bons obtenus par Vulliet chez ses malades.

R. LABUSQUIÈRE.

Courte communication sur un nouveau traitement du cancer de l'utérus inopérable. (Kurze Mittheilung über eine neue Behandlung des inoperablen Gebärmutterkrebses), F. X. BERNHART. *Cent. f. Gyn.*, 1894, nº 39, p. 900.

L'auteur a obtenu dans six cas de cancer utérin inopérable des résultats satisfaisants, supérieurs à ceux donnés par les autres méthodes palliatives, au moyen d'injections intra-parenchymateuses d'une solution à 6 p. 100 d'acide salicylique dans de l'alcool à 60°. -- A chaque séance on injecta, dans le tissu même du néoplasme, 7 ou 8 fois, quelques gouttes de la solution. Mais, en aucun cas, il ne fut injecté plus de 2 centimètres cubes.

R. LABUSQUIÈRE.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1894

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le Dr **Otto Engstroem**,
Professeur de gynécologie à Helsingfors.

Comme je vais communiquer un cas de symphyséotomie que j'ai opéré, il n'y a pas lieu de défendre cette méthode d'opération, ni d'indiquer dans quelles limites elle offre des chances de succès. Les Français Pinard, Farabeuf et Varnier ont apporté des témoignages rigoureusement scientifiques en faveur de cette opération, française d'origine, et fixé les limites dans lesquelles elle est indiquée. Et, aujourd'hui, la symphyséotomie de Sigault, tombée sous les coups de la critique et restée dans l'oubli, paraît être sur le point de recouvrer tous ses droits. Mais je rapporte mon cas pour contribuer aussi, de mon côté, à prouver combien cette opération peut être peu dangereuse et facile à exécuter. Je le rapporte aussi afin de montrer combien la symphyséotomie, lorsque la disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère n'est pas très grande et que les voies molles d'accouchement ne sont pas tout à fait rigides, peut bien et sans grande difficulté être faite par le médecin praticien et nullement être laissée, comme le prétend Léopold, à Dresde, seulement aux établissements d'accouchement placés sous la direction d'un spécialiste.

Le cas opéré par moi peut enfin être cité comme une observation aux deux cas opérés antérieurement par Torngren en Finlande.

A. A..., 31 ans, femme d'un commerçant de province, à Nummis. Cette femme me consulta le 28 avril 1893 et me raconta ce qui suit :

La malade ne commença à marcher qu'à l'âge de 4 ans. Elle a joui en général d'une bonne santé, du moins depuis sa dernière enfance. Les premières règles ont paru à l'âge de 14 ans, elles sont revenues depuis régulièrement et sans douleur avec une durée de trois jours. Cette femme s'est mariée à l'âge de 27 ans et a accouché de son premier enfant, tête dernière, en novembre 1891. Le corps de l'enfant était sorti après un travail pénible, mais la tête ne put être extraite malgré les efforts de la sage-femme.

Cinq heures plus tard, elle fut enfin extraite par le Dr Wallé, de Lojo.

L'enfant, naturellement mort-né, pesait, d'après les renseignements donnés, environ 4,100 grammes. Les suites de couches ne furent pas troublées ou du moins fort peu.

Cependant la femme devint encore grosse ; dernières règles dans les premiers jours d'août 1892. Jusqu'à ce jour la grossesse a été tout à fait normale.

Résultats de l'examen : La malade est d'une taille un peu au-dessus de la moyenne. Les cuisses sont légèrement infléchies. Les épiphyses n'ont pas une épaisseur marquée. Les os sont plutôt forts que grêles.

Le bassin mesure :

Entre les épines iliaques	23 c.
Entre les crêtes iliaques	27
Entre les trochanters	28,5
Conjugué diagonal	9,3
Conjugué de Baudelocque	19
(Le conjugué vrai est évalué à	7,8 environ.)

Le volume de l'utérus dénote que la grossesse a atteint son terme normal, les enveloppes minces et relâchées de l'abdomen le soutiennent mal : abdomen pendulum. Rupture du périnée jusqu'au sphincter de l'anus. Entrée du vagin et tout le vagin

très élargis. Portion vaginale très courte, légèrement lacérée sur les côtés, molle. Orifice externe large ainsi que la partie inférieure du canal cervical. — Urine normale. Pas d'œdème.

Le fœtus est vivant et paraît fortement constitué. Au toucher on sent son dos à droite et les membres à gauche. La tête est mobile au-dessus de l'entrée du bassin.

On conseille à la femme d'entrer à ma clinique privée aussitôt que le travail d'accouchement commencera.

Le 30 avril à 11 heures du soir elle fut admise à la clinique.

La poche des eaux s'était subitement rompue le même soir à 10 heures et la malade avait aussitôt après commencé à sentir les douleurs de l'enfantement. Elle fut placée sur le dos et la tête du fœtus fut soutenue à la main au-dessus de l'entrée du bassin pendant les douleurs. Celles-ci continuèrent très fortes toute la nuit, mais on ne put constater aucune tendance de la tête du fœtus à s'engager dans le bassin. Le 1er mai, à 4 heures du matin, l'orifice utérin était complètement dilaté.

Le 1er mai, à 8 heures du matin, la situation était : tête du fœtus mobile au-dessus de l'entrée du bassin ; suture sagittale en travers, petite fontanelle à droite, la grande à gauche. Bruits du cœur du fœtus bons. Douleurs régulières, mais un peu plus faibles et plus courtes que pendant la nuit. Orifice utérin dilaté. L'opération est résolue.

Symphyséotomie. — Le pubis fut rasé. Le rectum avait été évacué à l'aide de lavements. Désinfection énergique des parties génitales externes, du mont de Vénus, de la partie interne des cuisses, de l'hypogastre et du vagin au moyen d'une solution de phénol à 5 p. 100, après lavage au savon et à l'eau chaude. Narcose au chloroforme dans la position de l'opération de la pierre. La vessie est vidée à la sonde. A 9 h. 40 du matin, on fait à l'aide d'un scalpel ordinaire une incision sagittale dans la peau et le tissu sous-cutané à 1 centim. environ au-dessus du bord supérieur de la symphyse jusqu'au bas de celle-ci et jusque sur le cartilage de la symphyse. En surveillant à l'aide de deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin la pointe d'un bistouri boutonné, on incise ensuite le cartilage de haut en bas jusques et y compris le ligament sous-pubien. Deux artères qui saignaient sont saisies avec des pinces de Péan. A l'aide des doigts les extrémités de la symphyse sont écartées d'environ 3 centim. Un aide presse la

tête du fœtus contre l'entrée du bassin. Le forceps de Tarnier est introduit en travers et dirigé vers le diamètre oblique droit. La tête du fœtus est extraite sans difficulté par l'entrée du bassin et ensuite avec la plus grande facilité hors du bassin par le large vagin et par-dessus le périnée. Lorsque la tête traverse l'entrée du bassin, les extrémités de la symphyse s'écartent l'une de l'autre d'un peu plus de 3 centim. (à vue d'œil). Aussitôt que la tête commence à sortir, les extrémités de la symphyse sont rapprochées l'une de l'autre par une pression extérieure sur les trochanters. La plaie est pansée à la gaze iodoformée.

L'enfant est extrait à 9 h. 50 du matin. Il crie aussitôt.

Le placenta sort spontanément à 10 h. 5 du matin. Pas d'hémorrhagie.

Aucune lésion visible au vagin, à la vessie ni à l'urèthre.

La plaie de la symphyse ne saigne presque pas, même après avoir retiré les deux pinces de Péan. Quatre points profonds de suture de soie embrassent toutes les parties molles et le périoste. Entre ceux-ci, quelques points superficiels de suture de soie. Les bords de la plaie sont badigeonnés au collodion iodoformé et recouverts de gaze iodoformée fixée hermétiquement à l'aide de sparadrap. Un gros tampon de gaze iodoformée est introduit dans le vagin. Une large ceinture faite d'un drap plié, maintient solidement les hanches et la partie inférieure de l'abdomen. Par-dessus cette ceinture un gros tube de caoutchouc est placé immédiatement au-dessous des hanches. Les genoux sont liés ensemble. Position couchée sur le dos.

L'enfant pèse 3,200 gr., du sexe féminin, bien constitué. Tous les os du crâne sont très mous. Sur le côté droit de la tête, un peu en arrière de la suture coronale, on voit une petite dépression en forme de cuiller, produite par la pression du promontoire.

Diamètres de la tête :		
	occipito-frontal	11 c.
	bi-pariétal	9
	bi-temporal	8
	occipito-mentonnier	13,5
	sous-occipito-bregmatique	9,5

Suites de couches. — Le 1er au soir : Temp. 37°,8. Pouls 80. La malade donne le sein à l'enfant, qui tette avec avidité.

Le 2 matin : Temp. 37°,2. Pouls 78. Huile de ricin administrée avec résultats. Soir : Temp. 37°,8. Pouls 80. Pas de sensibilité,

aucune douleur ni aucune gêne. Lochies normales. La malade doit être cathétérisée. Le tampon est enlevé du vagin.

Le 3 m. : Temp. 37°,2. Pouls 88. Soir : Temp. 37°,9. Pouls 80.

Le 4 m. : Temp. 37°. Pouls 76. Soir : Temp. 37°,4. Pouls 84. La mère et l'enfant se trouvent tous les deux très bien.

Le 5 m. : Temp. 36°,6. Pouls 80. La malade urine spontanément, et peut, sans difficulté ni douleur, soulever son siège, lorsqu'on doit placer sous elle le bassin à queue. Soir : Temp. 37°,3. Pouls 84.

Le 6. Temp. maximum 37°,3. Pouls maximum 80.

Le 7. Temp. maximum 37°,1.

Le 8 m. : Temp. 36°,8. Soir : Temp. 38°,1. Pouls 80. Pas de sensibilité ni d'enflure dans les parties génitales. Lochies normales. Légère tension, enflure et sensibilité des seins.

Le 9. Temp. maximum 37°,6.

Le 10. Temp. maximum 37°,3. Le bandage est ôté. Les sutures sont enlevées, première intention. Large ceinture, sans caoutchouc.

Le 11. La malade peut rester couchée sur le côté. Dans cette position, elle n'éprouve pas la moindre gêne à la symphyse ou ailleurs.

Le 13. Sur son instante prière, la malade peut se lever. Elle ne ressent aucune faiblesse, aucune gêne. Toujours une large ceinture.

Le 15. La malade sort de la clinique sur sa demande réitérée. Elle se sent tout à fait bien. L'enfant croît beaucoup, et ne présente rien d'anormal, à part la dépression.

Le 21. La malade n'éprouve aucune difficulté, aucune douleur, ni même de gêne quand elle marche, se tient debout, s'asseoit ou se couche. A la pression sur la symphyse par le vagin, soit d'avant, soit d'arrière, aucune sensibilité, pas d'empâtement ou d'enflure visible. A la pression sur la partie antérieure des articulations sacro-iliaques, aucune sensibilité. L'enfant est en bonne santé. La mère et l'enfant retournent chez eux.

A ma demande l'opérée s'est présentée chez moi le 14 juillet 1894, accompagnée de son enfant. La femme a pris de l'embonpoint et continue d'allaiter. De retour chez elle, elle a dirigé son ménage comme à l'ordinaire tout en prenant soin de son enfant. Elle s'est trouvée en parfaite santé. Au com-

mencement de décembre 1893, elle a pourtant éprouvé une légère douleur dans la région de la symphyse; environ deux semaines plus tard elle remarqua qu'une très petite quantité de pus sortait par une faible ouverture. Elle put pourtant, sans la moindre difficulté, vaquer à ses affaires comme à l'ordinaire. A la fin de décembre ou au commencement de janvier, l'écoulement de pus avait complètement cessé de soi-même. Depuis, il n'y a plus de sensibilité ni aucune douleur. Les règles sont revenues à la fin d'avril et de mai de cette année. A l'examen, l'utérus est un peu augmenté, mou, légèrement rétrofléchi, facile à dresser à deux mains. Portion vaginale de l'utérus quelque peu molle et agrandie. Aucune hyperhémie de la portion vaginale ou du vagin. La cicatrice de la symphyse pubienne est à peine visible. Aucune douleur à la symphyse ni aux articulations sacro-iliaques. La mesure du bassin donne les mêmes résultats qu'avant le dernier accouchement.

L'enfant est vif, développé d'une façon extraordinaire pour son âge au point de vue psychique, en bon état de santé, commence à marcher. La dépression à la tête a 3 centim. de profondeur; elle mesure d'avant en arrière 4,6 centim. et de haut en bas 3 centim. Autrement rien d'anormal.

Par conséquent tout s'est passé assez heureusement. Cependant le promontoire a produit une dépression sur la tête du fœtus. Mais, heureusement, cette lésion ne parait avoir eu aucune influence, du moins encore quatorze mois après. J'ai effectivement commis la faute de ne pas écarter la symphyse de plus de 3 centim.

Pour la mère la durée du traitement a été plus rapide qu'on ne s'y attendait. C'est seulement la petite formation de pus qui s'est produite sept mois après les couches et provenant, selon toute probabilité, de quelque partie de la symphyse, qui a un peu gâté ce beau résultat. Cependant la symphyse est bien guérie et la femme n'a éprouvé aucune incommodité de cette fissure. Même le décollement du périoste et du ligament au bord antérieur d'une ou des deux articulations sacro-

iliaques, qui a dû se produire lors de l'écartement des extrémités de la symphyse, a été bien guéri. Ni la femme n'a éprouvé aucune gêne par suite de cette lésion, ni, objectivement, rien d'anormal n'est apparu dans ces articulations.

Je me permettrai donc de conclure, que dans les cas semblables à celui que je viens de communiquer, la symphyséotomie est une opération bienfaisante et d'une exécution facile, que chaque praticien doit être en état d'exécuter.

DE L'INFLUENCE DES BAINS DE MER ET DE L'IMMERSION PROLONGÉE SUR LA MENSTRUATION (1)

Par le Dr **G. Houzel** (de Boulogne)
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Pendant la menstruation, la femme est dans un état voisin de la maladie, nous dit Stoltz dans son remarquable article du dictionnaire de Jaccoud (2), et presque tous les auteurs qui ont traité la question sont du même avis ; aussi recommandent-ils une hygiène sévère à la femme qui a ses règles et lui défendent-ils les bains.

Cette opinion, qui est exacte en tant qu'elle s'adresse aux femmes des villes, aux femmes que la civilisation nous a faites, tombe à faux pour la femme robuste et bien équilibrée qui a conservé une partie des privilèges de l'état de nature.

Pour elle, la menstruation n'est qu'un acte physiologique s'accomplissant silencieusement et s'accommodant parfaitement des fatigues et des transitions que les nécessités de la vie lui imposent.

Les bains de mer, loin de troubler sa menstruation, la favorisent, prolongent sa vie génitale et accroissent sa fécondité. Pourquoi ne pas faire profiter des mêmes avantages les femmes des villes, fatiguées, étiolées par la civilisa-

---

(1) *Congrès international des bains de mer et d'hydrothérapie marine.* Boulogne-sur-Mer, 1894.

(2) *Dictionnaire Jaccoud*, t. XXII, p. 225.

tion, par les exigences de la vie mondaine? La chose serait profitable pour tous, elle est facile avec un peu de prudence et d'entraînement, et après m'avoir entendu, je suis convaincu que vous serez persuadés comme moi qu'en s'habituant à prendre des bains de mer, même pendant leurs règles, beaucoup de femmes délicates, neurasthéniqes, souffrant d'aménorrhée ou de dysménorrhée, verraient cette fonction se régulariser au grand profit de leur santé générale.

J'avais toujours été frappé de voir que les femmes de la marine, pêcheuses de crevettes, pêcheuses de moules, baigneuses, allaient dans la mer des heures entières, faisant de longs trajets toutes ruisselantes d'eau de mer, hiver comme été, réglées ou non, sans en paraître incommodées, et que les affections utérines étaient très rares chez elles. J'ai recherché quels pouvaient être les avantages ou les inconvénients de cette pratique, et c'est le résultat de mon enquête que je vous apporte aujourd'hui.

J'ai pris l'observation de 123 de ces femmes (1), au point de vue de la puberté, de la ménopause, de la fécondité, des années pendant lesquelles elles avaient exercé leur pénible métier et des effets qu'il produisait sur leurs règles. Vous serez surpris, comme moi, des résultats que j'ai trouvés.

Mais avant de tirer de ce travail les déductions qui en découlent pour l'intelligence du sujet je crois devoir vous dire un mot sur le genre d'existence de ces femmes et sur les effets physiologiques du bain de mer sur l'utérus.

Peu nourries, sommairement vêtues, les pieds et les jambes nus, par tous les temps elles se rendent à la mer où elles restent plongées jusqu'à la taille, parfois jusqu'aux aisselles et cela pendant des heures entières. Au printemps et l'été, elles poussent leur filet à crevettes, sortent de l'eau, y rentrent, et quand elles ont fini, avec leurs habits mouillés, leur filet ruisselant sur l'épaule, elles parcourent la ville pour vendre le produit de leur pêche.

(1) Je dois les observations à l'obligeance de Mlle Monvoisin, sage-femme distinguée que je prie de bien vouloir accepter ici tous mes remerciements.

Dès que les crevettes ne donnent plus, elles vont aux moules, et par les plus grands froids, on en voit qui reviennent portant sur le dos un lourd panier de moules d'où s'écoule une eau glacée qui les pénètre : il en est, comme celle de l'observation n° 47, qui reviennent avec les vêtements complètement gelés, pendant qu'elles ont leurs règles, et sans qu'elles en soient troublées en rien.

Ces pratiques peuvent paraître surprenantes et certains y voudront voir les effets de la race et de l'accoutumance ; mais en étudiant les bains de mer et l'influence qu'ils ont sur l'utérus, on en trouve facilement l'explication, et on voit que toutes les femmes, sauf celles qui ont des lésions graves des annexes, pourraient les imiter et n'en retireraient que des avantages, à la condition toutefois de ne pas aller se jeter à l'eau en pleines règles en descendant de wagon, mais de s'y entraîner en se soumettant un certain temps à l'action bienfaisante de l'atmosphère marine et en n'allant à l'eau, pendant leurs règles, qu'après s'être bien acclimatées aux bains dans l'intervalle.

L'action des bains de mer est multiple et beaucoup de ses effets peuvent être utilisés en gynécologie ; mais je n'en veux retenir ici que ce qui peut éclairer mon sujet : leur action physiologique sur l'utérus sain dont je vais simplement dire quelques mots.

Au moment de l'immersion dans la mer, l'économie tout entière reçoit une secousse profonde, souvent même assez pénible. Sous l'influence de l'abaissement brusque de température, de la densité de l'eau qui agit sur la peau par son poids et par ses sels, presque tout le sang de la périphérie est refoulé à l'intérieur ; le cœur semble s'arrêter, puis le pouls devient petit, dur, rapide ; à une inspiration rapide succèdent des mouvements respiratoires précipités ; la peau pâlit. Cet état dure peu, l'équilibre se rétablit l'économie réagissant et s'habituant à ce nouveau milieu.

Les vaisseaux des organes splanchniques, brusquement dilatés par cet afflux considérable de sang, réagissent en

vertu de leur élasticité ; à la contraction exagérée des vaso-moteurs des vaisseaux périphériques succède une sorte de paralysie temporaire qui en dilate le calibre, et le sang afflue à la peau qui, de pâle et décolorée, devient rouge et turgescente ; tous les ressorts organiques sont sollicités et gagnent en énergie. Cette sorte de gymnastique de la peau et des vaisseaux profonds active la circulation, la rend plus complète et plus intime dans les organes où elle était languissante. L'utérus y participe comme tous les autres organes ; sa circulation étant plus active, plus complète, sa nutrition plus parfaite, sa vitalité en est accrue d'autant, il doit donc remplir ses fonctions avec plus d'intensité et de facilité. C'est, en effet, ce qui arrive. Chez toutes les femmes que j'ai interrogées, au nombre de 123, le bain de mer, même l'immersion prolongée pendant les menstrues, loin de troubler ou d'arrêter leurs règles, les a plutôt favorisées comme durée et comme abondance.

Comme je veux vous présenter des observations et non un travail théorique, vous me pardonnerez de ne pas m'étendre dans une foule de considérations pour aborder de suite l'étude du sujet.

Pour ne pas abuser de vos instants, je ne vous lirai pas mes 123 observations qui vous paraîtraient monotones ; je les ai réunies en tableaux que je vous demanderai la permission de vous expliquer en quelques mots, pour en tirer ensuite les déductions qu'ils comportent.

Il est bien entendu que toutes les femmes allaient ou vont dans la mer par tous les temps, pendant leurs règles, étant enceintes, en nourrissant, et, comme phénomènes observés, je n'ai fait qu'enregister leurs déclarations.

Afin de voir quels étaient les résultats de cette pratique sur la puberté, la vie génitale et la fécondité, j'ai placé en tête celles dont l'observation était complète, c'est-à-dire qui, mariées, avaient dépassé la ménopause ; puis les célibataires n'étant plus réglées ; viennent ensuite les femmes mariées encore réglées et en dernier lieu les jeunes filles.

Dans la colonne « observations » j'ai mis les remarques que ces femmes m'ont dictées sur l'effet produit sur leurs règles et les quelques particularités qui m'ont paru intéressantes.

Toutes, sans exceptions, n'ont eu qu'à se louer de l'immersion dans la mer au moment de leurs règles ; jamais aucune n'en a éprouvé le plus petit malaise ; quelques-unes, celles des observations 3, 9, 21, 82, 89, 93 et 94, ont remarqué que leurs règles venaient sans douleurs alors qu'elles en souffraient en n'allant pas à l'eau ; d'autres en étaient réglées plus abondamment, notamment celles des observations 9, 17, 23, 28, 50, 53, 57, 66, 67, 81, 82, 85, 86, 93, 103, 114, et 118 ; mais il n'y a pas une note discordante, toutes sont unanimes à proclamer les heureux effets de la mer sur leurs règles ; c'est donc un fait acquis et cela n'est pas le résultat d'un choix ; toutes les femmes ont été prises au hasard, leurs observations consignées sans parti pris et ce n'est qu'après les avoir toutes réunies que j'en ai tiré des conclusions.

Beaucoup allant à la mer dès l'enfance, on pourrait supposer que les premières règles arrivant dans l'eau, l'accoutumance est acquise et que l'immersion n'a plus de prises sur leur menstruation ; mais cela n'est pas exact. Celles des observations 12, 20, 25, 29, 31, 35, 36, 38, 40, 43, 50, 55, 56, 61, 65, 69, 73, 74, 75, 77, 81, 82, 85, 90, 93, 95, 97, 98, 101, 103, 111, 115, 117, 118, 120, 121, n'ont abordé la mer qu'après avoir été bien réglées depuis assez longtemps, et voyez leurs réponses : aucune n'accuse l'immersion d'avoir apporté le moindre trouble dans leurs menstrues.

On pourrait être tenté de voir là une immunité propre à la race, il n'en est rien. D'autres femmes du peuple vont à la mer pendant leurs règles sans en être plus incommodées, et parmi les baigneuses qui fréquentent notre plage, certaines, les Anglaises, entr'autres, se baignent sans jamais interrompre et n'en souffrent en aucune manière.

Les femmes peuvent donc continuer les bains de mer pendant leurs règles, à la condition d'être acclimatées à la mer et de ne pas avoir de ces lésions des annexes qui les rendent

particulièrement fragiles à la moindre excitation, au plus petit écart de régime.

Cette rapide esquisse n'ayant en vue que l'influence des bains de mer sur la menstruation, je ne dirai rien des effets thérapeutiques qu'on en peut légitimement attendre ; mais les bains de mer continués pendant les règles les favorisant, les augmentant, les régularisant, vous voyez tout le parti qu'on en peut tirer dans les aménorrhées, les dysménorrhées, essentielles, et, en général, dans toutes les affections où la circulation et la vitalité utérines ont besoin d'être relevées et rendues plus parfaites.

De bonnes conditions hygiéniques jointes à une grande activité de circulation génitale contribueront à prolonger la durée de la fonction ovulaire; à ce titre, les bains de mer doivent hâter l'irruption des règles et retarder la ménopause, autrement dit accroître la vie génitale. C'est, en effet, ce qui a lieu.

Pour les 123 femmes dont l'observation est relatée dans mes tableaux, la puberté a eu lieu, en moyenne, à 13 ans 10 mois, et la ménopause est arrivée à 49 ans et demi, en ne tenant compte, bien entendu, que des femmes dont l'observation est complète. Ces 65 femmes qui ont été réglées à 14 ans 3 mois en moyenne et qui ont cessé de l'être à 49 ans et demi, ont eu une moyenne de vie génitale de 35 ans 3 mois, ce qui donnerait un avantage de 3 ans 7 mois sur les femmes n'allant pas à la mer.

En effet, d'après Raciborski (1), la moyenne de la puberté à Paris serait de 14 ans 7 mois. D'après lui, la ménopause arriverait aux Sables-d'Olonne à 46 ans, 5 mois et 13 jours, la vie génitale serait :

A Paris de...........	31 ans,	8 mois,	7 jours ;
Aux Sables-d'Olonne	31 ans,	11 mois,	12 jours ;
En Espagne de.......	29 ans,	»	17 jours ;
A Londres de.........	31 ans,	9 »	10 jours.

(1) RACIBORSKI. *Traité de la menstruation*, p. 200, 248 et *passim*.

Brière de Boismont (1) a trouvé que la puberté arrivait à Paris, chez les riches à 13 ans 8 mois, chez les pauvres à 14 ans 10 mois, et certes, on ne peut supposer que le bien-être a facilité la puberté chez les femmes que nous étudions; car toutes sont dans une condition des plus besogneuses et livrées aux plus durs travaux. C'est donc bien à l'influence de la mer, de l'immersion longtemps continuée et pratiquée même pendant les règles qu'il faut attribuer cette irruption précoce de la menstruation à 10 ans 10 mois et cette longue durée de la vie génitale, qui est en moyenne de 35 ans 3 mois.

Circulation et vie plus intenses de l'utérus, vie génitale prolongée doivent donner une fécondité puissante à la condition de suivre les lois de nature. C'est parfaitement ce que nous trouvons chez les femmes dont l'histoire est relatée dans les tableaux ci-joints. En ne prenant que les 63 femmes mariées dont l'observation est complète, nous trouvons 497 enfants, ce qui fait une moyenne de 7,8 enfants par ménage. Ne pensez-vous pas comme moi que cela est très beau et qu'on ne peut que remercier la mer des effets qu'elle produit? Si tous les ménages de France étaient aussi prolifiques que ceux que nous étudions, il n'y aurait plus lieu de jeter le cri d'alarme sur la dépopulation de notre chère patrie.

Bien d'autres considérations pourraient encore être tirées des observations que je viens de vous présenter ; mais craignant de lasser votre attention, je me contenterai d'émettre les conclusions qui me paraissent en découler naturellement :

1° Les bains de mer continués pendant les règles, à la condition qu'on y soit acclimaté, facilitent la menstruation ;

2° Ils accroissent la durée de la vie génitale ;

3° Ils augmentent la fécondité d'une manière remarquable.

---

(1) DEPAUL et GUÉNIOT. *Dictionnaire Dechambre*, p. 170, t. LVIII.

Nos	NOMS	PROFESSION	AGE	ÉTAT CIVIL	NUBILITÉ	MÉNOPAUSE	ENFANTS	A LA … DEPUIS
					ans	ans		ans
1	Geneviève Gour.	Pêcheuse	84	Mariée	15	49	12	10
2	Mérette Hac.	d°	58	d°	10	54	7	13
3	Geneviève From.	d°	66	Veuve	12	33	5	12
4	Louise Vid.	d°	70	d°	15	58	4	10
5	Joséphine Sauv.	d°	77	d°	10	53	12	12
6	Marie Noe.	d°	52	Mariée	18	48	12	11
7	Louise Mail.	d°	56	d°	14	50	6	12
8	Marguerite Jut.	d°	72	d°	16	53	4	10
9	Antoinette Ram.	d°	60	d°	11	48	10	12
10	Irma Poll.	d°	55	d°	15	45	7	13
11	Aimable Blamp.	d°	75	d°	16	50	9	12
12	Catherine Bourg.	d°	50	d°	14	45	10	15
13	Catherine Tot.	d°	55	d°	16	50	4	10
14	Isabelle Mon.	d°	60	d°	16	53	8	12
15	Louise Pap.	d°	85	d°	19	54	5	10
16	Geneviève Delp.	d°	74	d°	13	55	5	11
17	Gabrielle Malf.	d°	55	d°	17	49	6	9
18	Madeleine Four.	d°	59	d°	16	48	6	15
19	Louise Mon.	d°	84	d°	12	50	8	12
20	Charlotte Wat.	d°	65	d°	11	42	1	14
21	Madeleine Just.	d°	77	d°	13	52	10	11
22	Pétronille Lamir.	d°	70	d°	18	54	11	11
23	Isabelle Malf.	d°	65	Veuve	18	49	1	13
24	Joséphine Beauv.	d°	70	Mariée	12	52	16	9
25	Louise Har.	d°	68	d°	13	50	12	15
26	Joséphine Lep.	d°	74	d°	18	49	8	12
27	Louise Sib.	d°	60	d°	17	42	13	14
28	Marie Lart.	d°	70	d°	19	46	4	15
29	Marie Dum.	d°	76	Veuve	12	52	2	13
30	Eugénie Ansel.	d°	72	Mariée	15	51	9	11
31	Louise Andris.	d°	60	Veuve	12	49	8	14
32	Joséphine Noé.	d°	85	d°	19	54	7	14
33	Louisa Déj.	d°	74	Mariée	12	48	12	14
34	Madeleine Gén.	d°	76	d°	13	54	7	10
35	Marguerite Onon.	d°	75	d°	11	45	10	12
36	Marie Danc.	d°	64	d°	16	52	13	20
37	Victoire Car.	d°	73	d°	17	30	7	14
38	Charlotte Har.	d°	65	d°	14	53	12	15
39	Geneviève Erv.	d°	80	Veuve	15	54	15	11
40	Geneviève Led.	d°	60	Mariée	11	49	11	12
41	Marguerite Vand.	d°	57	d°	12	47	9	11
42	Catherine Lib.	d°	80	d°	13	50	11	11
43	Louise Lib.	d°	60	Veuve	14	49	8	15
44	Adèle Altaz.	d°	59	Mariée	14	48	9	12
45	Joséphine Buch.	d°	60	Veuve	14	54	1	10
		A reporter.	...	....	648	2.220	367	

OBSERVATIONS
faciles à l'eau ; jamais d'inconvénient ; allant à l'eau règles ou pas, grosse ou non.
mais arrêté un jour d'aller à l'eau et n'en a jamais eu de malaise.
mieux réglée et plus facilement en allant à l'eau ; jamais malade.
toujours faciles, régulières.
rs à l'eau sans jamais le moindre malaise.
chements plus faciles en allant à l'eau d'où elle sortait juste pour mettre ses enfants
onde ; 3 fausses couches sur les rochers en allant aux moules ; retournait à l'eau
à trois jours après ses couches, sans inconvénient.
toujours faciles.
s régulières à la mer ou non.
réglée, plus abondamment et sans douleurs à l'eau.
rs bien réglée, sans malaise.
par tous les temps sans le moindre inconvénient pour ses règles.
d'irrégularité ni de malaise.
bstenant jamais, pas de malaise.
er par tous les temps, dans toutes les positions, sans le moindre inconvénient.
d° d° d°
er dans toutes les positions sans le moindre malaise.
les étaient plus abondantes en allant à l'eau.
mais interrompu un jour et n'en a jamais souffert.
règles ou non, grosse ou pas, jamais de malaise.
par tous les temps, sans jamais arrêter, pas de malaise.
plus faciles en allant à l'eau ; prise des douleurs de l'accouchement à l'eau, elle
ait que le temps de rentrer pour mettre son enfant au monde.
malade ; l'eau n'avait pas d'influence sur ses règles.
plus faciles et plus abondantes à l'eau.
mais remarqué de dérangement dans ses règles, à l'eau ou non.
toujours régulières et faciles à l'eau.
l'eau dans toutes les positions, par tous les temps, sans être incommodée.
rs à l'eau, règles toujours faciles et égales.
u, règles plus faciles et plus abondantes.
mais observé rien de particulier.
par tous les temps, règles toujours régulières.
u dans toutes les positions sans en avoir jamais souffert.
incommodée.
jamais souffert.
u dans toutes les positions, sans en avoir jamais souffert.
d° d°
d° d°
u sans avoir jamais souffert ; règles venues sans souffrances, parties de même.
u sans inconvénient, retournait à l'eau 8 jours après ses couches, sans en souffrir.
toujours faciles et abondantes à l'eau ; jamais le moindre trouble.
u dans toutes les positions, sans avoir jamais souffert.
toujours faciles et régulières.
jamais souffert pour ses règles, l'eau n'y faisait rien.
toujours abondantes et faciles, à l'eau ou non.
is indisposée.
u par le chaud comme par le froid, jamais de malaise, règles faciles, régulières.

LES RÉTRÉCISSEMENTS PÉRIRECTAUX CHEZ LA FEMME

Par **Henri Hartmann**,
Chirurgien des hôpitaux.

Si depuis le mémoire de Kirmisson et Desnos les rétrécissements du rectum dus à des transformations fibreuses des tissus périrectaux chez l'homme sont bien connus en France, il n'en est pas de même des rétrécissements de même ordre observés chez la femme. Disons toutefois qu'ils sont bien indiqués dans la thèse très documentée de M. Morestin.

A diverses reprises chez des femmes atteintes de lésions des annexes, nous avons nettement constaté l'existence d'une sténose du rectum facilement appréciable au toucher, mais à part un peu de constipation, cette sténose ne se traduisait par aucun symptôme fonctionnel appréciable. Dans un cas cependant chez une femme laparotomisée deux ans auparavant par notre maître, le professeur Terrier, pour une péritonite bacillaire, nous avons vu se développer des accidents d'occlusion qui entraînèrent la mort de la malade.

A l'autopsie faite par notre ami, M. Morax, interne du service, on constate quelques granulations fibreuses, sans injection ni rougeur de la séreuse, sur le péritoine pariétal et viscéral de la moitié inférieure de l'abdomen.

Au niveau du petit bassin et à droite, adhérences des annexes et du rectum avec la paroi de l'excavation. Quelques granulations mais elles paraissent éteintes et en voie de cicatrisation fibreuse.

Le rectum, par sa paroi postéro-latérale droite, est confondu avec une masse fibreuse d'apparence cicatricielle qui en rend la dissection difficile.

(1) KIRMISSON et DESNOS. De la transformation fibreuse des tissus périprostatiques. Rétrécissements du rectum consécutifs *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, février 1889, t. VII, p. 72.

(2) MORESTIN. *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.* Th. Paris, 1894.

Au niveau de cette paroi droite, à 12 centimètres environ de l'anus, en un point correspondant à peu près à la partie moyenne du corps de l'utérus, on voit, saillant dans sa cavité, un repli en forme de valvule, constitué par l'adossement de ses tuniques externes repliées et soudées entre elles par le tissu inflammatoire extra-rectal. Le calibre de l'intestin est si diminué à ce niveau que c'est à peine s'il admet l'extrémité du petit doigt. La muqueuse qui tapisse ce rétrécissement est saine, sans granulation, ni ulcération.

Dans ce cas la phlegmasie péritonéale, aboutissant à la soudure d'un pli rectal avait déterminé par coudure l'occlusion partielle de l'intestin. Il faut évidemment dans un pareil cas tenir compte de la tuberculose péritonéale antérieure qui peut avoir contribué à déterminer la production d'adhérences dans le petit bassin, en dehors de toute lésion annexielle antérieure.

Dans un autre cas, nous avons méconnu une occlusion par coudure du rectum maintenue par une adhérence au niveau de l'excavation énorme du sacrum, chez une femme ayant un bassin spondylolisthésique (1).

C'est dire que l'on peut observer au fond de l'excavation des occlusions par coudure du rectum maintenues par des adhérences péritonéales.

Une autre variété plus fréquente d'occlusion d'ordre péri-rectal est celle qui est liée à des épaississements, à des brides parties des annexes et enserrant le rectum. Il nous a été facile d'en réunir, par de courtes recherches, quelques observations permettant d'en établir l'existence.

West et Duncan. *Diseases of women.* — Une jeune femme succomba quatorze mois après guérison d'une cellulite pelvienne. Lorsqu'elle avait quitté l'hôpital il ne lui restait de sa maladie, qu'un épaississement des tissus à gauche de l'utérus, qui se trouvait ainsi fixé au bassin. A l'autopsie on vit que toute l'épaisseur du ligament large était transformée en une masse fibreuse cartilaginiforme qui enserrait le rectum.

---

(1) L'observation sera ultérieurement publiée par le professeur Pinard.

F. W. Edwards. *Med. Record*, N.-Y., 1888, I, 440. — Femme de 50 ans, morte après être restée quatre-vingt-un jours sans garde-robes.

Tout l'intestin était distendu par l'accumulation des matières. La cause de leur arrêt était une bande cartilagineuse d'un pouce et demi à deux pouces de large, ayant occlus complètement le rectum à 7 pouces et demi à 9 pouces de l'anus.

Biggs. *Med. Record*, N. Y., 1893, p. 153. — Femme de 35 ans, ayant été ponctionnée antérieurement d'un abcès pelvien par le vagin. Après sa mort survenue par suite de symptômes d'obstruction intestinale, on constata que le fond de l'utérus adhérait au rectum et qu'entre les deux organes se trouvait une cavité suppurée. Les trompes étaient suppurées. Une bande fibreuse, épaisse de près d'un demi-pouce, enserrait la partie moyenne du rectum, au point de ne laisser qu'un orifice admettant à peine le petit doigt.

Stone Scott. *Med. Record*, N.-Y., 1893, II, 264. — Femme de 36 ans ; symptômes d'occlusion incomplète. A trois pouces et demi au-dessus de l'anus, rétrécissement annulaire du rectum n'admettant même pas l'extrémité de l'index. Au toucher vaginal, utérus rétrofléchi, fixé par des bandes fileuses qui le reliaient au sacrum.

Laparotomie le 15 novembre, l'utérus était rétrofléchi, son fond porte à gauche adhérant au sacrum ; la trompe et l'ovaire gauches étaient remplacés par une masse fibroïde.

Le ligament large droit, induré, tendu au-devant du rectum, l'enserrait étroitement. On le sectionna entre deux pinces longues et l'on assura l'hémostase. Il fut immédiatement facile de constater que le rectum était redevenu perméable librement par le toucher anal. Guérison.

Morestin. *Thèse de Paris*, 1894, p. 275. — J'ai eu l'occasion de faire une autopsie où un rétrécissement du rectum était sous la dépendance manifeste d'une vieille lésion des annexes.

Le rétrécissement du rectum peut enfin être déterminé par le développement d'une suppuration du ligament large. Le fait suivant en est un bel exemple.

Balzer. *Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, 1877, p. 402. — A l'autopsie d'une femme de 40 ans, morte avec des symptômes de

constipation très intense, on trouve un phlegmon du ligament large ayant entraîné une déviation de l'utérus à gauche, si bien que le rectum est entouré par un foyer purulent à parois indurées qui s'étend jusqu'au voisinage de l'anus. Au niveau du foyer le rectum est dirigé horizontalement, se continuant à angle droit, d'une part avec l'anus, d'autre part avec les parties plus hautes de l'intestin. Son calibre est très rétréci dans toute sa portion horizontale. La muqueuse est saine.

Cripps insiste sur le rôle de l'aponévrose pelvienne et des muscles releveurs de l'anus dans la production de ces rétrécissements extra-rectaux. « Si l'on ouvre un corps de femme à l'amphithéâtre et si l'on tire fortement en haut le fascia pelvien ou le ligament large pendant que le doigt est introduit dans le rectum, on peut sentir nettement un resserrement et un soulèvement de l'intestin. Cette expérience montre clairement les connexions du fascia pelvien avec le rectum et fait comprendre en même temps comment les états morbides intéressant le fascia pelvien peuvent indirectement produire le rétrécissement du rectum. » Morestin, qui accepte les idées de Cripps, croit qu'il faut de plus admettre l'influence des lames de l'aponévrose de Jarjavay, entre lesquelles est placé le rectum. Nous n'avons pu trouver d'observations établissant nettement ce mode pathogénique de rétrécissements extra-rectaux.

Les seules formes de rétrécissements périrectaux, anatomiquement démontrées chez la femme, peuvent donc actuellement être ramenées à deux types : l'un répondant à une coudure par adhérence, l'autre à un enserrement du rectum par une bande fibreuse partie des ligaments larges. Les deux causes de rétrécissement peuvent se combiner dans certaines suppurations de l'étage inférieur du ligament large.

A part les cas de suppuration de l'étage inférieur du ligament large auxquelles convient l'incision périnéale du foyer, dans les deux cas le traitement consiste dans la laparatomie qui permet de lever l'obstacle. Elle a donné entre les mains de Scott un succès, et si elle a échoué entre les

nôtres c'est que nous n'avons pas su voir l'adhérence cachée d'une part par une spondylolisthèse, d'autre part ce fait qu'il s'agissait d'une femme venant d'accoucher et dont l'utérus volumineux contribuait encore à gêner l'exploration des parties situées au fond de l'excavation. L'emploi du plan incliné, amenant la chute des anses grêles vers le diaphragme et permettant d'explorer facilement le fond de l'excavation, aurait, croyons-nous, évité pareille méprise et notablement facilité l'opération.

TRAITEMENT DE LA RÉTROFLEXION PAR UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE NOUVEAU : TRANSPLANTATION DU PÉRITOINE ANTÉ-UTÉRIN

Par le Dr **Chaput**,
Chirurgien des hôpitaux.

Lorsqu'une rétroflexion douloureuse est rebelle aux pessaires et aux petites opérations (curage, amputation du col, redressement manuel, etc.), il faut en venir à une opération.

Le *raccourcissement des ligaments ronds* qui fut jadis en faveur perd de plus en plus du terrain et avec raison, car cette opération ne détruit pas les brides qui fixent la face postérieure de l'utérus à elle-même, elle ne supprime pas non plus la corde formée par le pédicule des annexes prolabées, laquelle tendue à la façon des haubans des mâts, rend tout redressement impossible.

On a constaté aussi (Doléris) que dans certains cas il se faisait une sorte de fausse réduction due au déplacement de la paroi antérieure du rectum.

Enfin, dans une assez forte proportion de cas, les ligaments ronds sont trop petits ou trop fragiles (dégénérescence graisseuse) pour fournir des liens suffisamment résistants pour assurer un redressement définitif.

L'*hystéropexie*, si bien étudiée par M. Baudoin, est davan-

tage en faveur. Elle n'est pas cependant sans inconvénients. Chez une de mes malades, elle provoquait dans la station debout des envies constantes d'uriner.

On sait encore les douleurs qui surviennent pendant la grossesse et la fréquence des avortements consécutivement à cette opération. M. Petit a communiqué à la Société de gynécologie, en 1893, un fait dans lequel les sutures utéro-pariétales se déchirèrent pendant des efforts de vomissements ; la malade mourut d'hémorrhagie.

Remarquons encore qu'il est irrationnel de créer de parti pris dans le ventre une bride sous laquelle l'intestin peut s'engager et s'étrangler.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds n'est pas passible des mêmes objections, mais il a d'autres inconvénients : il assure mal la fixation, et la minceur des ligaments qui leur permet de s'allonger ultérieurement compromet les résultats opératoires éloignés.

Récemment Dürhssen, Mackenrodt, Pichevin, Braithwait ont fait la laparotomie vaginale, redressé l'utérus et ont suturé au vagin la paroi utérine antérieure.

J'ai exécuté deux fois avec succès une opération analogue.

L'opération a été conduite de la manière suivante : large incision transversale du cul-de-sac postérieur jusqu'au péritoine inclusivement. Incision analogue dans le cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie, ouverture du péritoine. Je redresse l'utérus en détruisant les adhérences du cul-de-sac postérieur d'abord, puis à l'aide d'un gros hystéromètre de Trélat.

A l'aide de deux doigts introduits par le cul-de-sac antérieur j'accroche le fond de l'utérus et je l'attire entièrement dans le vagin. Les annexes sont examinées, on les résèque si elles sont malades ; on les respecte dans le cas contraire.

Je place alors sur la paroi antérieure du corps et du col utérin une ou plusieurs sutures qui fixent l'organe en antéflexion. L'utérus est alors réduit dans le ventre.

L'incision antérieure est suturée au catgut.

Le cul-de-sac de Douglas très développé dans ces cas est bourré à l'iodoforme afin d'y provoquer une inflammation adhésive qui l'oblitérera.

L'opération ainsi conduite est excellente ; je l'ai exécutée deux fois avec un succès complet qui ne s'est pas démenti depuis plus de trois mois. Malheureusement elle est très difficile à exécuter sur les femmes grasses, et sur celles à vagin étroit et profond. Les doigts n'étant pas assez longs pour accrocher le fond de l'utérus et l'attirer dans le vagin.

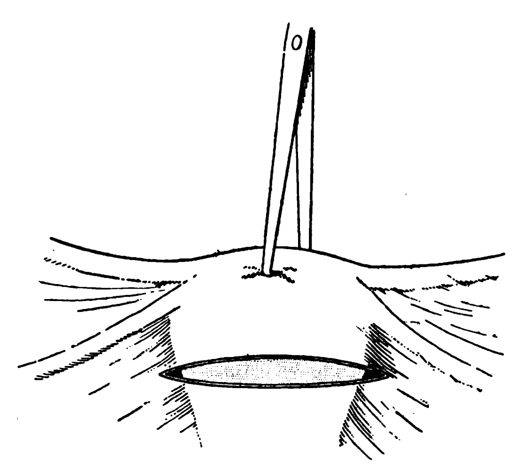


Fig. 1. — **Transplantation du péritoine. Premiers temps de l'opération, incision horizontale de 6 à 8 centim. sur l'utérus à l'union des tiers supérieur et moyen. L'incision empiète un peu sur les ligaments larges.**

En revanche, elle s'exécute très facilement chez les femmes maigres, à vagin très large et peu profond. Dans ces conditions, je la considère comme l'opération de choix. Elle est d'ailleurs mieux acceptée par les malades, que la laparotomie. Lorsque le redressement et la fixation ne sont pas possibles par la voie vaginale, il faut en revenir à la laparotomie.

J'ai exécuté cette année, deux fois avec succès, l'opération suivante : laparotomie médiane dans la position inclinée.

L'intestin est protégé par des compresses aseptiques. Avec la main gauche, on accroche le fond de l'utérus, on détruit les adhérences, on redresse l'organe. Les annexes sont examinées et supprimées s'il y a lieu.

J'exécute alors la transplantation du péritoine utérin. Le fond de l'utérus est saisi avec une érigne et tiré en haut.

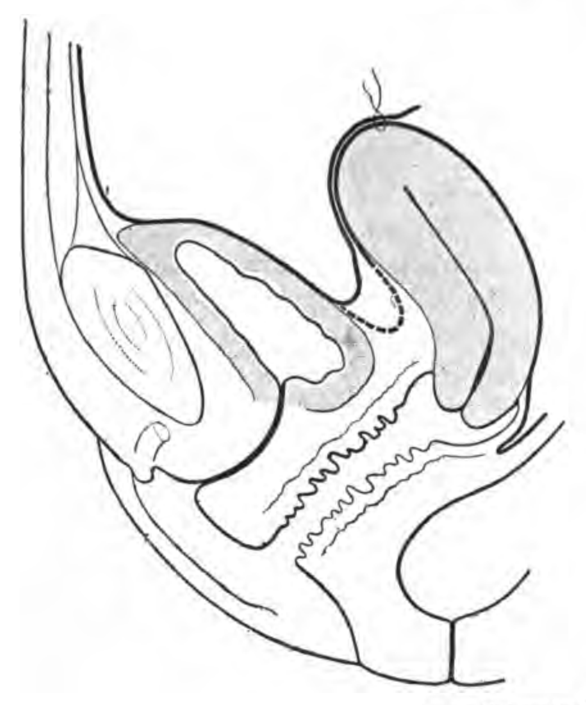


Fig. 2. — Après décollement du péritoine, le lambeau est attiré sur le fond de l'utérus et fixé par des sutures ; l'organe étant en antéflexion normale.

Avec une pince et des ciseaux j'incise le péritoine transversalement sur le milieu de la face antérieure de l'utérus. L'incision mesure 5 à 6 centimètres de longueur ; elle empiète latéralement sur les ligaments larges.

La lèvre inférieure de l'incision est saisie avec des pinces hémostatiques et disséquée, puis décollée avec le doigt, de haut en bas : on dénude ainsi la paroi antérieure de l'utérus

et du vagin sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ. Le décollement s'étend sur les côtés jusqu'aux ligaments larges.

Nous avons alors une espèce de legette formée par le lambeau péritonéal décollé, dans laquelle nous allons introduire et fixer le fond de l'utérus. A cet effet, je mets l'utérus en antéflexion et je le fais entrer de force dans la cavité recouverte par le lambeau. Avec une aiguille courbe, je traverse le lambeau et la partie la plus élevée de la face postérieure de l'utérus ; le fil est serré à fond. Deux autres points suffisent pour assurer une fixation solide.

Il est bon de drainer en outre le Douglas par le vagin afin de l'oblitérer par l'inflammation adhésive.

J'ai exécuté deux fois ce procédé; la première malade, opérée il y a deux mois, a vu ses douleurs disparaître; l'utérus reste parfaitement fixé en antéflexion.

La seconde malade, guérie également, l'est depuis trop peu de temps pour mériter autre chose qu'une simple mention.

L'opération que je viens de décrire me paraît présenter de nombreux avantages. Elle est simple et d'exécution facile; la fixation qu'elle procure est très solide; elle ne présente aucun des inconvénient de l'hystéropexie, de la laparotomie vaginale ni du raccourcissement des ligaments ronds. Elle est en outre applicable à tous les cas, ce qui n'est pas le fait de la laparotomie vaginale. Le seul inconvénient qu'elle présente n'est pas d'ordre scientifique, il est constitué par la répugnance des malades à subir la laparotomie.

REVUE GÉNÉRALE

LES BASSINS RÉTRÉCIS SONT-ILS DILATABLES SANS SYMPHYSÉOTOMIE ?

Telle est la question, depuis longtemps résolue par la négative, que néanmoins certains cliniciens d'Allemagne se posent à nouveau et que plusieurs n'hésitent pas à trancher par l'affirmative.

A la Walcher ! à la Walcher ! ils ne jurent que par là. A la Walcher, c'est le prétendu agrandissement suffisant du bassin par l'abaissement des pubis réalisé au moyen de l'hyperextension des cuisses.

Il y aurait à laisser se propager cette doctrine, un sérieux danger pour les enfants à naître de femmes à bassins viciés ; il importe d'arrêter les praticiens au seuil de cette impasse. Voilà pourquoi j'entreprends, pour nos lecteurs, la revue critique des travaux publiés sur ce sujet depuis cinq ans. Je le fais à l'instigation de mon maître, M. Farabeuf, qui m'a depuis longtemps montré l'impossibilité d'une dilatation pelvienne *notable* sans section pubienne, et qui prétend, à juste raison, que la poussée abdominale, la traction sur la tête du fœtus par le forceps ou par la manœuvre de Champetier de Ribes abaissant les pubis de la quantité dont ils sont abaissables, quelle que soit la position des cuisses. Bien loin d'être toujours un avantage, ajoute-t-il, cet abaissement des pubis est souvent un inconvénient ; car le faible gain qu'il procure au conjugué vrai devient une grosse perte pour le mi-sacro-pubien dont le rôle est capital dans la dystocie pelvienne.

I

L'auteur responsable de ce dangereux réveil de la foi en la vieille doctrine quelque peu transformée de Séverin Pineau, est le Dr G. Walcher, directeur de l'École des sages-femmes de Stuttgart. Dans une note publiée par le *Centralblatt für Gynäkologie* (n° 51 de 1889, p. 892) cet accoucheur expose que « le conjugué d'un bassin rétréci n'est pas une dimension constante, qu'il est modifiable par l'attitude donnée à la parturiente ». Voici, in extenso, la traduction de cette première communication de M. Walcher :

« Je m'attends à ce que cette thèse révolte beaucoup de mes collègues qui la jugeront hérétique et rétrograde. Quiconque voudra contrôler ce que j'avance se calmera.

« Lorsqu'on place une femme enceinte approchant du terme et ayant un bassin rétréci dans le diamètre conjugué,

lorsqu'on la place, dis-je, sur une table à examen de telle sorte que la partie supérieure du corps soit légèrement relevée, les genoux fléchis et solidement appuyés sur le ventre, on atteint le promontoire avec la plus grande facilité.

« Lorsqu'on place la même femme le siège au bord du lit, un coussin sous le sacrum, les membres inférieurs pendants dans le vide aussi loin que possible en bas et en arrière (*Hängelage*, *Supinirtelage*, *Walcherschelage*), on sent, à mesure que s'abaissent les membres inférieurs, le promontoire reculer. »

Suivent les mensurations du conjugué diagonal pratiquées dans ces deux attitudes sur six femmes vivantes.

		CONJUGUÉ DIAGONAL attitude 1.	CONJUGUÉ DIAGONAL attitude 2.	DIFFÉR.
Fröschle....	Ipare	102	111	9mm.
Bröckel.....	IIpare	103	116	13
Stockburger.	IVpare	102	110	8
Heckel......	Ipare	104	112	8
Bischoff.....	IVpare	102	115	13
Hetzler.....	IIIpare	97	105	8

« En relevant les genoux et en enlevant le coussin on retrouve aussitôt les dimensions antérieures.

« Dans les cas de viciation moyenne du bassin, si l'on atteint le promontoire dans la première attitude, on cesse de le sentir lorsque les membres inférieurs sont pendants, en *Hängelage*.

« Le conjugué diagonal (diamètre promonto-sous-pubien) est donc, dans beaucoup de cas, une dimension capable de varier de 1 centim. Je dirais volontiers dans tous les bassins non ankylosés, bien que je veuille pour le moment laisser ce point de côté, n'ayant pas encore assez d'observations.

« J'ai mesuré directement *le conjugué vrai* (diamètre antéro-postérieur, promonto-pubien) chez une femme morte d'éclampsie, et trouvé, entre les mensurations faites dans les deux attitudes, une différence de 8 millim.

« Il sera donc nécessaire, à l'avenir, pour établir exactement le degré du rétrécissement du bassin chez les femmes enceintes, de considérer les deux mensurations indiquées

par moi. Il est inutile d'insister aujourd'hui sur l'explication et les conséquences de ces faits ; ces conséquences se comprennent aisément. Je continuerai ces recherches et je reviendrai sur ce sujet ; mes collègues devraient faire de même. »

Dans cette première communication M. Walcher, on le voit, ne s'occupe explicitement que du conjugué diagonal. S'appuyant exclusivement sur des observations *cliniques* au nombre de 6, il avance d'abord que le conjugé diagonal est susceptible de varier avec l'attitude de la femme, assertion qui certes n'était pas faite « pour révolter ses collègues ». La « découverte » de Walcher (die Walcher's Entdeckung) (1) n'a dû surprendre que M. Walcher lui-même. Dès 1851, en effet, mon maître Farabeuf l'a rappelé ici même (2), Zaglas avait démontré que chez l'homme il existe un mouvement très net des os innominés dans le sens antéro-postérieur, ou autour d'une ligne transversale imaginaire qui irait d'un côté à l'autre de la seconde vertèbre sacrée. « En d'autres termes, on peut, disait Duncan en 1854 dans un mémoire (3) où il commentait au point de vue obstétrical la *découverte de Zaglas*, considérer le sacrum comme ayant un mouvement d'oscillation autour d'un axe transversal imaginaire ; le promontoire s'avance en bas et en avant tandis que la pointe se meut dans un sens opposé, et vice versâ. Le déplacement en bas du promontoire, déplacement qui chez la femme non enceinte mesure environ 2 millim., diminue d'autant le diamètre conjugué du détroit supérieur, tandis que la pointe du sacrum, par un mouvement correspondant, se déplace en haut d'environ 4 millim., détermine la tension des ligaments sacro-sciatiques et augmente les dimensions du détroit inférieur. »..... Et plus loin, du même Duncan : « Ces mouvements (nutation et antinutation) existent habituellement chez l'homme et chez la femme, pendant

---

(1) WEHLE.

(2) *Ann. de gynécol.*, mai-juin 1894, p. 410 et 415.

(3) *Dublin quarterly Journal of medical science*, 1854.

la défécation, etc. ; mais chez la femme c'est au moment de l'accouchement qu'ils offrent le plus d'intérêt et d'importance. »

« Ces mouvements peuvent être décrits comme consistant dans *l'élévation et l'abaissement de la symphyse pubienne*, les os iliaques étant mobiles sur le sacrum ; ou bien, si on considère le sacrum lui-même comme mobile, cet os décrit un mouvement de rotation sur une ligne transversale imaginaire passant par sa deuxième vertèbre *Par suite de l'élévation de la symphyse pubienne* (ou de l'inclinaison en avant du promontoire), l'angle d'inclinaison du pelvis est moins considérable, *et le diamètre conjugué du détroit supérieur est diminué de 4 ou même de 6 millim.*, etc. »

La seule chose que M. Walcher pourrait prétendre avoir découverte ce n'est donc pas la variabilité du ou des diamètres conjugués suivant l'attitude de la femme, mais bien la possibilité pour ces diamètres de varier non plus de 2 à 6, mais bien de *8 à 13 millimètres* (1). Tels sont en effet les chiffres qu'il donne pour le conjugué diagonal. Il laisse entrevoir sa pensée de derrière la tête lorsqu'il ajoute : « J'ai vu dans un cas, sur le cadavre, le conjugué vrai varier de 8 millim. », ce qui veut dire, nous en aurons plus loin la preuve, qu'il croit le conjugué vrai capable de *s'agrandir* d'un centimètre environ par la Walcherschelage.

Affirmation bien faite pour émouvoir les accoucheurs. Quel avantage en effet si l'on pouvait, par une simple attitude du corps, faire de bassins de 85 millim., des bassins de 95 !

Or, telle est, je le répète, l'arrière-pensée de M. Walcher. S'il ne la formule pas encore deux ans plus tard, en 1891, au Congrès allemand d'obstétrique et de gynécologie tenu à

(1) En 1881, M. le Dr Crouzat rapporte dans sa thèse une expérience cadavérique faite par lui dans le but de contrôler le dire de Duncan ; Il a pu, en plaçant successivement le bassin en hyperflexion et en hyperextension (*les membres inférieurs pendants au bord de la table*) constater pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur une variabilité de 8 millim. Même à ce point de vue M. Walcher a eu des précurseurs.

Bonn (dans une note où il se contente de reproduire ses affirmations cliniques sur l'étendue de la variabilité du conjugué diagonal, regrettant que le peu d'activité de son service lui ait interdit les recherches expérimentales), il la laisse percer dans une communication insérée dans le tome LX, p. 5, du *Med. Corresp. Bl. des Würtemberg. ärtzl. V.* D'une des deux observations qu'il y rapporte le lecteur est incité à tirer la conclusion que la Walcherschelage a le pouvoir de transformer un bassin antérieurement justiciable de la crâniotomie en un bassin capable de laisser sortir vivant un enfant à terme.

Il faut toutefois arriver au mois de juin 1893 pour avoir M. Walcher *confitentem reum*. A cette date, dans une quatrième note parue dans le *Centralbl. f. Gynäkologie* sous le titre : *Réflexions contre la symphyséotomie*, il dit textuellement :

« Bien que je ne sois pas en principe adversaire de la symphyséotomie, je dois pourtant dire que je suis pour qu'on en restreigne le plus possible l'emploi; je dois le dire ici, n'ayant pu prendre part cette année aux discussions du Congrès de Breslau. Quoique je fasse par an dans ma maternité environ 550 accouchements, je n'ai pas encore eu l'occasion de pratiquer une symphyséotomie. La dernière année je n'ai eu à faire qu'une opération césarienne pour rétrécissement du bassin ; tous les autres accouchements pour rétrécissements du bassin se sont terminés heureusement *à l'aide de l'attitude recommandée par moi*, pour la mère dans tous les cas, pour les enfants *dans la plupart*.

« *Je suis par suite porté à penser que dans la plupart des cas la position en question est en état de suppléer la symphyséotomie* ».

Cette assertion extraordinaire, lancée par un clinicien pur qui avoue n'avoir pas pu la contrôler expérimentalement, qui n'apporte aucune preuve, aucun chiffre démontrant que l'agrandissement pelvien *supposé*, se produit réellement, a

pourtant suffi à conquérir du premier coup M. Léopold de Dresde. Après avoir cru pendant un temps à la possibilité de l'agrandissement pelvien par la symphyséotomie incomplète, erreur dont M. Farabeuf l'a fait tardivement revenir, voici maintenant que M. Léopold croit à l'agrandissement du bassin sans symphyséotomie. Nous l'avons en effet entendu vanter à Rome les avantages *considérables* de la Walcherschelage; un de ses élèves, M. Wehle, a publié récemment (1) des observations d'extraction tête dernière de très gros enfants à terme, *rendue possible dans des bassins très rétrécis, de moins de 8 centim., grâce à l'emploi de la Walcherschelage.*

Le mémoire de M. Wehle mérite, vu son origine, de nous arrêter quelques instants. L'auteur, qui ne cite ni Zaglas, ni Duncan, ni d'autres dont je parlerai plus loin, exprime le regret que « *la découverte de Walcher* » touchant la variabilité du conjugué n'ait pas encore, suivant la remarque faite par Fehling au congrès de Breslau, attiré l'attention qu'elle mérite.

M. Wehle croit (il n'est que la foi qui sauve) à l'exactitude de l'assertion de Walcher et estime à 10^{mm} le gain procuré par la Hängelage; il le croit envers et contre les expérimentateurs dont je parlerai tout à l'heure, sans apporter à la question un seul document positif.

Car on ne saurait compter comme tel : 1° Ni ses 8 observations d'extraction tête dernière « *facilitée* » par la Walcherschelage;

2° Ni ce fait que du 22 octobre 1892 au 1er juin 1893, soit en 8 mois, M. Léopold n'a perdu que 6 et blessé que 3 (excusez du peu) des 25 enfants extraits par la version en Walcherschelage; soit 20 0/0 de mortalité infantile *expurgée* (calculée sur 25 cas) au lieu des 36 p. 100 de mortalité infantile expurgée (calculée sur 213 cas) de la période antérieure;

3° Ni enfin cette constatation que le transverse céphalique maximum s'est trouvé, dans tous les cas, plus grand que le

(1) *Arch. f. Gynäk.*, t. 45, p. 323.

conjugué vrai indirectement apprécié par le procédé clinique habituel.

Ce sont là pétitions de principe et rien de plus.

Certes, on doit en convenir, il est merveilleux de voir un diamètre bipariétal de 105 millim. passer comme lettre à la poste dans un bassin de 75. Pour M. Wehle cela prouve que le bassin s'est agrandi. Jusqu'à ce qu'il ait démontré la réalité de cet agrandissement, qu'il admet *a priori*, je ne pourrai m'empêcher de penser : Ces observations sont seulement une nouvelle preuve que l'estimation du conjugué vrai par mensuration digitale du conjugué diagonal, expose à de grandes erreurs, surtout lorsqu'on calcule en retranchant 20 millim. *dans tous les cas* au conjugué diagonal, comme on le fait à Dresde.

Dans une note plus récente (*Münch. Medic. Wochenschr.*, nº 25, 1894) M. Wehle répète encore, à propos de l'extraction tête dernière dans les bassins rétrécis : « C'est alors qu'il faut recourir à la position de Walcher qui *agrandit le conjugué vrai d'environ* 1 *centim.* »

Je lis cette phrase dans une brochure en marge de laquelle M. Farabeuf a écrit : « Non, non, sans symphyséotomie; 2 ou 3 millim. tout au plus. »

Qui a raison, qui a tort? c'est ce que nous allons rechercher.

II

On dirait vraiment, à entendre MM. Walcher, Léopold et Wehle, que l'*agrandissement d'environ 1 centim. du conjugué vrai* par l'attitude jambes pendantes est chose démontrée.

Rien pourtant n'est moins prouvé. Ceux qui sont payés pour douter des affirmations cliniques sans contrôle anatomique et expérimental, ceux qui savent combien d'erreurs obstétricales, aujourd'hui consacrées par la loi et les prophètes, ont été échaffaudées de cette façon, ont recherché sur le cadavre cet agrandissement supposé de près de 1 centim.

Ils ne l'ont pas trouvé. Leurs recherches démontrent que l'agrandissement du conjugué qu'on peut obtenir du jeu maximum des symphyses sacro-iliaques est si faible qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans la pratique.

Dans un mémoire très étudié, très consciencieux, publié en 1891 dans le tome 21, première partie, du *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, G. Klein de Würtzbourg, élève d'Hofmeier, expose les résultats qu'il a obtenus à ce sujet par l'expérimentation cadavérique.

Quiconque n'a lu que les conclusions formulées par lui en première page, a dû être convaincu que Walcher avait raison.

Voici, en effet, les conclusions de Klein :

« Mes recherches confirment les résultats exposés par Walcher; elles font plus, elles en étendent la portée.

« Le diamètre antéro-postérieur de tous les bassins (à l'exception de ceux qui sont ankylosés dans leurs symphyses sacro-iliaques) se laisse modifier normalement par des influences physiologiques ; le diamètre transverse du détroit supérieur est également, dans la plupart des cas, modifiable par des influences physiologiques, bien que dans une proportion beaucoup moindre que le diamètre antéro-postérieur.

« Les bassins de tout âge, de toute forme (normaux et pathologiques), des deux sexes offrent sur le cadavre une mobilité grâce à laquelle le diamètre antéro-postérieur surtout est susceptible de varier.

« Cette variation consiste en un raccourcissement et en un agrandissement de ce diamètre suivant l'attitude du corps.

« Elle est plus grande chez la femme que chez l'homme, plus marquée dans les bassins rétrécis que dans les normaux et les généralement grands ; mais elle n'est pas sensiblement influencée par l'âge.

« L'élasticité des os entre pour la plus petite part dans la production de ces variations dont la cause principale est dans le jeu naturel des articulations sacro-iliaques, dans une

rotation des os iliaques sur le sacrum autour d'un axe transversal. »

Suit l'exposé de la physiologie des articulatisns sacro-iliaques, du mode de production de la nutation et de l'anti-nutation, du mécanisme de l'agrandissement, toutes choses exposées ici même avec figures à l'appui par M. Farabeuf et qu'il importe de relire avant de continuer (1).

Je le répète, c'est, pour qui s'arrête aux conclusions, la confirmation des assertions de M. Walcher.

Mais attendez la fin. La question n'est pas de savoir si le conjugué vrai est une quantité variable. Il y a beau temps en effet, je l'ai rappelé plus haut, qu'avant M. Walcher, Zaglas avait démontré cette variabilité et ses causes.

La question est celle-ci : « L'agrandissement qui peut résulter de cette variabilité est-il suffisant, comme le laisse entendre Walcher, comme l'affirme Wehle, comme l'admet Léopold, pour faire d'un bassin de 85 un bassin de 95? Si ce n'est plus par centimètres mais par quelques millimètres (2 ou 3) que se chiffre l'agrandissement, il va de soi qu'en pratique il devient négligeable : la Walscherschelage ne pourrait par suite rendre les services qu'on affecte d'en attendre, en particulier remplacer la symphyséotomie.

Or, si l'on passe des conclusions générales de Klein *aux expériences* sur lesquelles elles reposent, on s'aperçoit bien vite que ces expériences vont absolument à l'encontre des espérances de M. Walcher et de ses disciples.

Vous allez en juger.

Klein a étudié, au point de vue qui nous occupe, le bassin de 47 cadavres *frais*, avec les conseils et sous la direction de Kölliker, de son prosecteur F. Decker, de Rindfleisch et de son premier assistant le Dr Gerhardt. Le détail des expériences a été publié dans deux thèses inaugurales de Würtzbourg (année 1891), celle de J. v. Zaleski (*Die Veränderlichkeit der Conjugata vera*), celle de Attal Merk (*Die*

(1) Voyez *Ann. de Gynécol.*, mai-juin 1894, p. 407 à 420 et 428, fig. 1, 8 et 16.

Veränderlichkeit der Beckenmaasse und deren Ursachen).

Walcher n'avait examiné ses femmes (vivantes) que dans deux attitudes :

1° La femme étant placée sur une table, la partie supérieure du corps légèrement relevée, un coussin sous le sacrum, les genoux appuyés le plus possible contre le ventre (*hyperflexion*) ;

2° La femme placée au bord de la table, un coussin sous le sacrum, les jambes pendantes dans le vide au maximum (Walcherschelage ou *hyperextension*).

C'était entre la première attitude, qui donne le maximum de raccourcissement du conjugué diagonal, et la seconde, qui correspond à l'agrandissement maximum de ce conjugué, que M. Walcher notait une différence de 8 à 13 millimètres. Il concluait de là à un agrandissement du conjugué vrai de 1 cent. environ.

Klein a pensé avec juste raison qu'il fallait, pour estimer l'étendue de la variabilité du conjugué vrai *au point de vue des applications pratiques* (agrandissement), examiner, mesurer ledit conjugué sur le cadavre et dans quatre attitudes différentes :

1° Dans la *Walcherschelage*, le bassin étant dans la dilatation maxima ;

2° Dans l'attitude de repos (*Ruhendelage*), c'est-à-dire le cadavre reposant sur la table dans le décubitus dorsal ;

3° Le cadavre étant dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis *mais sans excès*, les genoux non pressés sur le ventre, la partie supérieure du corps non soulevée par un coussin (bref, *dans l'attitude obstétricale* que figurent encore beaucoup de livres) ;

4° Le cadavre étant sur la table, la partie supérieure du corps légèrement relevée, un coussin sous le sacrum, les membres inférieurs fléchis au maximum, les genoux dans le ventre. Dans cette attitude (hyperflexion) que Walcher a seule comparée à la *Hängelage*, le bassin est rétréci au maximum. Remarquons en passant que jamais, au moins en France, on n'opère dans cette attitude.

Les 30 bassins de femmes ainsi étudiés par Klein se répartissent comme suit :

Bassins normaux	5
— généralement grands	2
— — rétrécis	3
— aplatis	11
— rachitiques	8
— obliquement rétréci	1

Mis à part le bassin obliquement rétréci, le tableau ci-dessous donne la moyenne de l'oscillation maxima des diamètres du détroit supérieur :

	CONJ. VRAI	CONJ. DIAG.	TRANSVERSE
Bassins normaux	5mm,4	5mm,7	0mm,7
— généralement grands.	5mm,2	5mm,6	1mm,2
— — rétrécis.	6mm,1	6mm,7	1mm,5
— aplatis	6mm,4	6mm,8	0mm,5
— — rachit.	6mm,1	6mm,2	0mm,7
moyennes :	5mm,8	6mm,2	0mm,8

Ce tableau montre qu'aussi bien dans les bassins normaux que pathologiques, chez la femme, le conjugué vrai et le conjugué diagonal peuvent varier de 5 à 6 millim. (entre les deux attitudes extrêmes d'hyperextension et d'hyperflexion) ; que cette variabilité du conjugué est à peine plus marquée (1 millim.) dans les bassins rétrécis que dans les normaux ou généralement grands) ; qu'enfin on ne peut conclure du degré de la variabilité du conjugué diagonal, à celui de la variabilité du conjugué vrai, la différence pouvant aller *en plus* pour le conjugué diagonal depuis 1 jusqu'à *6* millim.

Considérons maintenant en particulier, avec Klein, les bassins aplatis simples ou rachitiques. Là en effet est tout l'intérêt de la question obstétricale.

« Les gros chiffres donnés par Walcher, dit Klein, étaient bien faits pour éveiller l'attention. Si en effet le conjugué

vrai d'un bassin de 70 pouvait se laisser porter à 83 millim. combien ne pourait-on pas sauver d'enfants jadis voués à une mort certaine. Je ne puis malheureusement partager cet espoir. Pour prévenir des conclusions erronées il faut d'abord remarquer qu'un conjugué vrai étant donné, en admettant même, — ce qui n'est pas dans la majorité des cas, — qu'il puisse, suivant l'attitude considérée, *varier* au maximum de 10 ou 13 millim., il ne s'ensuit pas qu'il puisse être en pratique *agrandi* de 10 ou 13 millim.

« Pour prendre un exemple : un conjugué vrai de 70 millim. étant donné, on pourrait peut-être par une certaine attitude du corps (l'attitude forcée en hyperflexion) le raccourcir jusqu'à 63 millim., et par une autre (la Walcherschelage) l'agrandir jusqu'à..... 73 millim. De telle sorte que bien que l'étendue de la variabilité du conjugué soit en effet de 10 millim. (chiffre qui n'a été observé qu'une fois sur 47 cas) l'*agrandissement possible du bassin ne serait en réalité que de 3 millim. C'est si peu de chose qu'au point de vue pratique c'est presque sans intérêt.*

« Si j'ajoute que dans tous nos cas *les conjugués se sont laissé beaucoup plus raccourcir* (différence entre le bassin au repos et le bassin en hyperflexion) *qu'agrandir* (différence entre le bassin au repos et la dilatation maxima par la Walcherschelage, hyperextension), on comprendra qu'on ne doive pas compter faciliter par la *Hängelage* l'accouchement d'une femme à bassin vicié. La valeur thérapeutique du conseil de Walcher est donc sans importance, en dépit de cette considération que les bassins aplatis se laissent plus agrandir que les bassins normaux. La différence (1 millim.) est insignifiante au point de vue pratique. »

Telles sont les vraies conclusions de Klein, conclusions auxquelles M. Wehle s'est en vain efforcé de répondre. Pour permettre au lecteur de juger par lui-même, je résume ici en un tableau les 29 expériences sur lesquelles s'appuient ces conclusions.

Nos	AGE	HYPER-FLEXION	POSITION DITE OBSTÉTRICALE	DÉCUBITUS DORSAL	HYPÉREXTENSION WALSCHERSCHE ODER HÆNGELAGE	DIFFÉRENCE ENTRE L'HYPERFLEXION ET L'HYPEREXTENSION	DIFFÉRENCE ENTRE LA POSITION DITE OBSTÉTRICALE ET L'HYPÉREXTENSION	DIFFÉRENCE ENTRE LE DÉCUBITUS DORSAL ET L'HYPEREXTENSION	DIFFÉRENCE ENTRE LE DÉCUBITUS DORSAL ET L'HYPERFLEXION
	ans.	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.	mm.
				A. — Bassins normaux.					
1	23	99	»	»	105	6	»	»	»
12	31	102	»	105	105	3	»	0	3
21	57	98	102	106	108	10	6	2	8
24	21	108	110	111	112	4	2	1	3
47	20	102	104	105	106	4	2	1	3
				B. — Bassins très grands.					
22	43	118.5	120.5	122	122	3.5	1.5	0	3.5
42	36	113	116	119	120	7	4	1	6
				C. — Bassins viciés.					
				1° *Bassins aplatis.*					
2	52	100	»	»	104	4	»	»	»
5	58	93	»	»	100	7	»	»	»
6	54	95	»	»	104	9	»	»	»
7	65	84	»	»	88	4	»	»	»
13	30	96	98.5	101	103	7	4.5	2	5
14	56	87.5	90	92	93.5	6	3.5	1.5	4.5
28	77	93	98	101.5	103	10	5	1.5	8.5
31	33	97	100	101.5	102	5	2	0.5	4.5
37	45	90.5	93	94.5	95	4.5	1.5	0.5	4
39	56	91	93.5	95	95.5	4.5	2	0.5	4
40	85	91	94.5	98	100	9	5.5	2	7
				2° *Bassins aplatis rachitiques.*					
3	66	91	94	»	98	7	4	»	»
8	20	75	»	»	84	9	»	»	»
9	60	82	»	»	86	4	»	»	»
11	30	84.5	»	88.5	90	5.5	»	1.5	»
15	33	91.5	95	96	97	5.5	2	1	4.5
29	76	95	95.5	98.5	99	4	4	0.5	3.5
45	68	92	94.5	95.5	96.5	4.5	2	1	3.5
46	61	82	86	89.5	91	9	5	1.5	7.5
				3° *Bassins généralement rétrécis.*					
4	34	83	»	»	88	5	»	»	»
10	22	84	»	85.5	87	2	»	1.5	»
23	37	92	100	101.5	102.5	10.5	2.5	1	9.5
				Moyenne générale.					
						6	3	1.5	5.1

Que reste-t-il donc au point de vue pratique, de la découverte de M. Walcher? Ceci : il est irrationnel, lorsqu'on veut soit mesurer le bassin, soit pratiquer l'extraction de l'enfant, de placer la femme dans l'attitude suivante : « au bord du lit, la partie supérieure du corps relevée par un oreiller, un coussin sous le sacrum, les membres inférieurs fléchis au maximum, les genoux dans le ventre ». S'il est, de par le monde, [un accoucheur autre que M. Walcher qui ait songé à placer ses parturientes de cette façon, il fera bien de changer de pratique.

Pour nous qui n'avons jamais employé et recommandé que la position suivante : « La femme couchée en travers, le siège tout au bord du lit, la région ano-coccygienne dans le vide, les membres inférieurs écartés, fléchis et *soutenus par deux chaises*, ou mieux par deux aides *assis* de chaque côté » (1), attitude qui équivaut à la *Ruhendelage;* pour nous qui n'avons jamais mesuré et conseillé de mesurer le bassin que dans le décubitus dorsal, dans la *Ruhendelage,* nous n'avons à tirer de la *Walcherschelage,* dans les cas les plus favorables, qu'un bénéfice de 2 à 3 millimètres. Ce n'est pas avec cela que nous pourrons nous passer de la symphyséotomie..... si le relâchement gravidique des symphyses n'accroît pas considérablement leur mobilité.

III

Klein fait remarquer que parmi les femmes mesurées par lui aucune n'était enceinte ou puerpérale. C'est surtout, dit-il, sur des bassins de ce genre que les mensurations seraient probantes. Il conseille à d'autres de les faire.

Et MM. Walcher et Wehle d'objecter aussitôt, sans preuve, que c'est dans la puerpéralité qu'il faut chercher la cause des différences de chiffres obtenus par Walcher et Klein.

M. Farabeuf, prévoyant cette objection à son avis mal fondée, nous a demandé, à M. Pinard et à moi, de ne laisser

(1) Farabeuf et Varnier. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*, p. 142.

échapper aucune occasion de rechercher sur le cadavre de femmes récemment accouchées l'étendue de l'agrandissement possible du conjugué vrai par la Walcherschelage, *en partant* naturellement *de l'attitude de repos et de notre attitude obstétricale.*

Ces recherches seront publiées quand il en sera temps (1). Jusqu'à présent *nous n'avons pas noté* dans ces conditions, même avec la Walcherschelage *appuyée* (deux aides vigoureux ajoutant leur poids à celui des membres inférieurs) *un agrandissement dépassant 3 millimètres*. Nous ne voulons pas encore, attendant pour cela que nos observations soient plus nombreuses, conclure que les résultats de Klein sont entièrement applicables aux femmes enceintes et à terme.

Nous nous bornerons pour l'instant à rappeler que nos résultats concordent avec ceux de Balandin. On nous paraît avoir un peu trop oublié cet accoucheur dans cette question, bien que, en 1871 et 1883, il ait apporté : « *Ueber die Beweglichkeit der Berkengelenke Schwangerer, Gebärender ünd Wöchnerinnen* », des documents très importants (2).

Son attention avait été attirée sur ce sujet par les mémoires de Zaglas, de Duncan et de Laborie (1862) qui remettaient en question la mobilité des symphises pelviennes, et par l'examen d'un bassin de femme récemment accouchée qui présentait une mobilité extraordinaire.

Les ligaments sacro-épineux et sacro-tubérositaires en étaient flasques, comme flottants ; la mobilité des pièces pelviennes les unes sur les autres était telle qu'en saisissant avec les deux mains les branches horizontales des pubis on pouvait, grâce à une évidente mobilité de toutes les articulations, donner au bassin, sans déployer de force, une forme oblique à droite ou à gauche. Dès que la pression cessait, le

---

(1) Nous ne sommes plus, heureusement, au temps où en quelques mois, un auteur que je nommerai tout à l'heure, pouvait expérimenter sur 59 cadavres de femmes mortes en couches.

(2) *Klinische Vorträge.* Helf 1. St-Petersbourg. 1883.

bassin reprenait sa forme normale. On pouvait également faire jouer les pubis l'un sur l'autre dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur et suivre aisément du doigt la luxation des extrémités osseuses.

Balandin n'attacha pas sur le moment une importance particulière à ce cas qu'il considéra comme pathologique.

Mais voici que bientôt, sur un second bassin d'accouchée, puis sur un troisième, il put faire les mêmes constatations; de même sur le bassin d'une femme morte subitement au neuvième mois de la grossesse il retrouva cette mobilité, à un moindre degré toutefois.

Il lui parut dès lors invraisemblable que le hasard l'eût mis, en si peu de temps, en présence de 4 bassins pathologiques, et il résolut de poursuivre méthodiquement l'étude de cette question.

Il examina d'abord 10 bassins d'hommes et 10 de femmes non enceintes ni puerpérales, bassins complètement développés, avec leur périoste. Il immobilisait le sacrum saisi par ses deux ailes entre les mors d'un étau accroché au mur. En employant les mains seules il ne put produire sur ces bassins la moindre mobilité; avec une traction de 24 kilogr. le résultat fut presque semblable, et l'agrandissement du bassin parut insignifiant.

Mais il n'en fut pas de même sur deux bassins de cette série, l'un d'homme, l'autre de femme, provenant de cadavres hydropiques. La mobilité en fut trouvée aussi grande que celle des premiers bassins puerpéraux examinés. On put les rendre obliques, mouvoir les pubis l'un sur l'autre. Le sacrum étant fixé dans l'étau la main seule éleva facilement la symphyse de 7 à *8 millim. sur l'horizon*, grâce à la mobilité des symphyses sacro-iliaques. Une traction de 12 kilog. appliquée de bas en haut sur les pubis ne put augmenter leur excursion.

L'agrandissement du détroit supérieur fut, contrairement à ce qu'on attendait, insignifiant, atteignant à peine 2 millim. (Au détroit inférieur par contre l'agrandissement du diamètre

sacro-sous-pubien atteignit 8 millim. chez la femme, 6 millim. chez l'homme ; celui de l'intersciatique, 4 millim. chez la femme, 2 millim. chez l'homme.)

En dehors des bassins dont il vient d'être question, Balandin a examiné et mesuré de la même façon quatre bassins de femmes grosses et 35 bassins de femmes mortes en couches, soit 39 bassins puerpéraux.

Tous présentaient, *plus ou moins*, la mobilité des articulations ; les plus mobiles furent ceux des femmes enceintes ou récemment accouchées.

L'ascension du pubis au-dessus de l'horizon varia entre 5 et 10 millim. qu'on se servît des mains seules ou de la traction mécanique qui ne dépassa pas 12 kilog.

Les tractions sur la symphyse parallèles au plan d'entrée du bassin, c'est-à-dire dirigées en bas et en avant, n'ont presque rien donné au point de vue de l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Avec 24 kilogr. on n'a pu lui faire gagner plus d'un millimètre et demi.

Mais, en élevant la symphyse au-dessus de l'horizon on produisait un raccourcissement du conjugué de 2 millim. raccourcissement qu'une traction verticale de 12 kilog. a pu porter dans quelques cas à 3 millim.

(Pour le détroit inférieur l'agrandissement du sacro-sous-pubien atteignit de 10 à 15 millim. du fait de l'ascension de la symphyse sur l'horizon. Par une traction transversalement dirigée appliquée aux rebords internes des trous obturateurs on éloigna les épines sciatiques de 4 millim. ; par une traction divergente à 120° on obtint en moyenne un agrandissement de 4 à 5 millim. du rayon du détroit inférieur).

En résumé, tous les bassins de femmes enceintes ou accouchées examinés par Balandin peuvent, à son avis, être rangés en trois catégories :

Première catégorie. — Les articulations restent si serrées qu'il faut un effort manuel pour les mobiliser ; dans ces cas l'agrandissement du bassin est insignifiant.

Deuxième catégorie. — Les bassins peuvent être mobilisés manuellement sans effort; ce sont eux qui donnent les chiffres moyens,

Troisième catégorie. — Elles comprend les bassins très mobiles, qu'il suffit de prendre en mains pour que les pièces jouent les unes sur les autres, surtout les pubis. Ils ont donné au point de vue de l'agrandissement les chiffres les plus élevés. Beaucoup de ces bassins, bien qu'ils ne soient pas très rares (20 p. 100 d'après ce qu'a vu Balandin) doivent être considérés comme pathologiques.

Balandin a pu, à volonté, en faisant macérer dans l'eau des bassins non puerpéraux, produire artificiellement la même mobilité que sur les puerpéraux. C'est donc à tort, selon lui, qu'on attribue l'accroissement de mobilité des symphyses pendant la grossesse à un ramollissement physiologique *spécial* à cet état.

Voici, pour finir, ses conclusions :

« Il existe normalement chez les femmes enceintes, en couches et en travail, une mobilité prononcée. Les mouvements de nutation et d'antinutation, indiqués par Zaglas et Duncan, autour d'un axe tranversal passant par les articulations sacro-iliaques existent sans aucun doute. Il existe de même une mobilité des extrémités pelviennes l'une sur l'autre, de haut en bas, d'avant en arrière, avec des mouvements correspondants dans les articulations sacro-iliaques.

« En raison de cette mobilité des articulations il est possible de constater chez les femmes grosses, en travail, accouchées, un agrandissement du bassin. *Au détroit supérieur cet agrandissement est si faible qu'il peut être considéré comme nul au point de vue pratique* (Im Beckeneingange ist letztere so gering, dass sie practish wohl ohne Bedeutung ist).

« Il n'en est pas de même à la sortie du bassin où un agrandissement notable, digne d'attirer l'attention des accoucheurs, est possible (1). »

(1) Laborie disait de même en 1862 : « L'influence exercée sur le travail de

Pendant que Balandin poursuivait ses recherches, Korsch, élève de Slaviansky qui en avait eu communication, entreprit des expériences sur le même sujet. Il en publia les résultats en 1881, d'abord dans une note « Sur la mobilité des articulations pelviennes », parue dans le *Zeitschrift für Geb. u. Gyn.*, t. VI, 1re partie, p. 10), puis, avec plus de détails, dans sa thèse : Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la mobilité des articulations du bassin » (Pétersbourg, 1881, en russe).

Les recherches de Korsch ont porté sur 65 bassins de femmes dont 41 étaient mortes après un accouchement à terme ; 13, après un accouchement prématuré ; 5 après un avortement ; 3 avant l'accouchement (1).

De ces bassins, isolés du tronc, ligaments et périostes conservés, il prit d'abord les dimensions normales (?). A l'aide d'un puissant dilatateur à deux branches, fixé par un pied à griffe sur la partie supérieure du corps de la première vertèbre sacrée et par l'autre sur la symphyse pubienne, la dilatation du détroit supérieur fut portée à son maximum. Un dynamomètre permettait de mesurer la force employée qui était de 80 livres (32 kil. 8).

Les mensurations ont donné comme moyenne de l'agrandissement possible du conjugué par le plein jeu des symphyses sacro-iliaques :

4mm84	pour les	41 bassins	post partum	à terme ;
4mm07	—	13 —	—	avant terme ;
2mm8	—	5 —	après avortement ;	
3mm83	—	le bassin	ante partum.	

l'enfantement par la mobilité des symphyses, est nulle ou à peu près nulle au détroit supérieur, quel que soit d'ailleurs ce mouvement, soit écartement, soit glissement. C'est seulement quand l'enfant est engagé dans le petit bassin, et lorsqu'il se présente au détroit inférieur, que la mobilité de la jointure joue un rôle véritablement important. » Mais je ne veux pas tirer argument de cette proposition de Laborie, car je n'ai pu retrouver les expériences sur lesquelles elle repose. H. V

(1) Dans deux autres cas les articulations étaient suppurées.

Ces chiffres, on le voit, se rapprochent singulièrement de ceux de Klein, de ceux aussi donnés par Duncan.

Ils sont, au moins pour les bassins post partum, un peu plus élevés que ceux de Balandin. Mais celui-ci fait remarquer que cela tient aux conditions différentes des expériences : Korsch expérimentait sur des bassins reposant sur une table par les ischions et la pointe du sacrum, et par conséquent déjà *réduits par ascension de la symphyse* (1) ; Balandin expérimentait sur des bassins suspendus par la base du sacrum dans l'attitude verticale, et par conséquent *non réduits par ascension de la symphyse.*

Quoi qu'il en soit de cette légère différence, retenons que des observations de Balandin et de Korsch, portant sur 94 bassins de femmes enceintes ou récemment accouchées, il résulte que la moyenne de l'agrandissement expérimental possible, constaté *de visu,* oscille entre 3 et 5 millimètres. Quand nous porterions la totalité de cet agrandissement au profit du passage de l'attitude de repos à l'attitude donnant le jeu maximum des symphyses sacro-iliaques (ce que nos expériences personnelles nous interdisent de faire), nous ne serions encore qu'à moitié chemin du centimètre de MM. Walcher et Wehle.

IV

De l'étude des documents qui précèdent, de ce que nous avons de nos yeux vu, nous pouvons tirer dès maintenant les conclusions suivantes :

1° Il n'a pas été publié jusqu'à ce jour d'expériences démontrant que la Walcherschelage soit capable de produire un *agrandissement* de 1 centimètre du conjugué vrai ;

2° Par contre, les expériences cadavériques faites en dehors de l'état puerpéral prouvent que le conjugué vrai ne peut varier en moyenne que de 6 millimètres environ par le fait du

(1) C'est le conjugué classique, c'est-à-dire le promonto-sus-pubien, que Korsch a mesuré.

jeu maximum des symphyses sacro-iliaques (de la compression maxima à la dilatation maxima) ;

3° Les expériences cadavériques faites pendant l'état puerpéral prouvent que le conjugé vrai ne s'agrandit pas en *moyenne* de 5 millimètres par le fait du jeu maximum des symphyses sacro-iliaques. Pour lever toute objection des partisans de la Walcherschelage, il importe de reprendre sur des bassins puerpéraux les expériences de Klein. *On prendra soin*, comme lui, *de ne tenir compte, au point de vue du gain procuré par la Walcherschelage, que de l'agrandissement produit par le passage de l'attitude de repos ou de l'attitude obstétricale à la Hängelage*, et non pas celui qui est produit par le passage de l'attitude du bassin comprimé à la Hängelage ;

4° En attendant ce complément d'expérimentation déjà commencé par nous, il y a lieu de rejeter comme ne reposant sur aucune base scientifique les conclusions de MM. Walcher, Wehle et Léopold (suppléance possible de la symphyséotomie par la Walcherschelage, diminution des aléas de la version par cette même attitude). H. VARNIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1894.

M. PINARD. **Première application du mensurateur-levier préhenseur de Farabeuf.** — Je me fais un devoir de ne pas tarder à annoncer à l'Académie que la nuit dernière, à la Clinique Baudelocque, a été posée une nouvelle pierre à l'édifice de *l'Obstétrique positive pratique* que mes collaborateurs Varnier, Wallich et moi nous efforçons d'élever, sur les plans et avec les moyens d'exécution que nous fournit notre maître M. Farabeuf et que la *Gazette hebdomadaire* a répandus à des milliers d'exemplaires (1).

(1) Voyez également *Ann. de Gynécologie*, mai-juin 1894, p. 377.

Il s'agissait d'une grossesse gémellaire. Un premier enfant bien développé était né spontanément. Néanmoins, la tête du second, plus gros, était retenue au-dessus du détroit supérieur depuis six heures. Je vérifiai que du sous-pubis à la suture sagittale il y avait un peu plus de 7 centimètres, et du plancher osseux coccy-sacré au pôle descendant, trois grands travers de doigt. La tête était donc inclinée sur le pariétal antérieur : *Inclinaison dite de Nægelé.*

Ayant reçu et stérilisé le mensurateur-levier préhenseur que j'avais envoyé chercher au laboratoire de mon collègue, qui s'y tient à la disposition des accoucheurs français et étrangers de passage à Paris, je commençai l'application : sept minutes après l'enfant criait. Le cas s'est trouvé trop facile pour que j'en dise un mot de plus.

C'est assez qu'il soit enregistré dans le *Bulletin de l'Académie* pour attirer l'attention.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *octobre* 1894.

NARICH. **Considérations critiques à propos du tracteur du siège appliqué sur le deuxième enfant dans deux cas de grossesse gémellaire, avec indication d'intervenir d'urgence. Deux mères et quatre enfants vivants.** — L'auteur formule à la suite de cette nouvelle communication sur le tracteur du siège (1), les conclusions suivantes : 1° Le crochet simple est le plus mauvais de tous les procédés, de quelque façon que l'on s'en serve. La bande de linge ou de caoutchouc dont on pourrait le revêtir donnent des illusions de sécurité.

2° L'index appliqué une ou plusieurs fois alternativement sur les aines, est un procédé gênant et compliqué. Pour le fémur, l'index est bien moins dangereux que le crochet. Mais cette sécurité a des limites, car il résulte de notre présente étude que le doigt est un crochet médiocre, vu surtout son grand volume qui l'empêche de porter son action au fond même du pli de l'aine. Cette dernière circonstance manquant, la tige fémorale peut se

---

(1) *Bullet. et mém. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, séance du 5 mai 1892.

fracturer sur l'index à la façon d'une canne que, des deux mains, l'on casse sur le genou.

3° Le lacs classique était le moins imparfait, car il possède deux grands avantages : la souplesse et la possibilité de pénétrer jusqu'au fond du pli de l'aine sans agir sur le fémur. Mais en présence de notre tracteur, surgissent les inconvénients du lacs simple, tels que les difficultés de son introduction et la nécessité d'un porte-lacs. De plus, Olivier a démontré que, quand les cuisses sont en avant, le lacs peut fracturer le fémur.

4° Nous considérons notre tracteur comme étant, en ce moment, le procédé le plus favorable pour agir sur le siège du fœtus, ou, si l'on veut, sur le pli de l'aine du fœtus.

Discussion. — Porak, qui présente l'instrument en question, estime qu'on peut retirer certains avantages de son emploi.

PORAK. **Sur un cas de végétations très développées chez une femme accouchée à terme, et ne diminuant pas pendant les couches.** — Dans une précédente communication, l'auteur avait défendu le traitement radical des végétations vulvaires pendant la grossesse (excision au thermo-cautère ou avec les ciseaux, après chloroformisation), ayant observé que, contrairement à l'opinion généralement admise, elles ne récidivaient pas quand on avait soin de combattre très soigneusement les écoulements, de nature gonorrhéique habituellement, qui en sont vraisemblablement l'origine. On objecte que les végétations ayant une tendance naturelle à disparaître durant les suites de couches, mieux vaut temporiser. Or, dans le cas actuel, il s'agit d'une femme atteinte très vraisemblablement d'un écoulement gonorrhéique (son enfant, malgré les précautions préventives prises, eut de l'ophtalmie purulente), chez laquelle, à partir du milieu de la grossesse, se développèrent des végétations considérables, qui, deux mois après l'accouchement, en dépit de pansements antiseptiques rigoureux, étaient restées exubérantes. D'où la conclusion : les végétations très développées de la vulve peuvent ne pas guérir spontanément après l'accouchement. Leur ablation pendant la grossesse est donc nettement indiquée.

PORAK. **Symphyséotomie. Statistique. Manuel opératoire** (1).

(1) La question de la symphyséotomie ayant donné lieu à une nouvelle

NITOT présente un **aspirateur hydraulique**. — Cet appareil a été imaginé pour supprimer les inconvénients et les incertitudes attachés au maniement de la pompe aspiratrice dans les aspirateurs ordinaires. Il inscrit sur un cadran le produit et le degré du vide obtenu automatiquement, et l'opérateur peut lire, à chaque instant, les variations pendant toute la durée de l'opération.

OLIVIÉ MACÉ. **Septicémie puerpérale et bains froids.**— Trois observations ont été le point de départ de cette communication. Trois cas de septicémie confirmée et consécutive à des fausses couches ou avortements, avec rétention ou non du délivre. Les accidents très graves s'accentuant malgré les traitements ordinaires (curettage, injections vaginales et utérines antiseptiques, antithermiques, etc.), l'auteur eut recours aux bains froids. Il en obtint deux succès, et un échec, mais celui-ci s'expliquant par l'existence d'accidents péritonéaux qui, d'après l'expérience commune, sont une contre-indication à l'emploi de cette thérapeutique.

Conclusions : Le froid a été employé depuis longtemps dans le traitement de la septicémie puerpérale.

Les uns l'emploient sous forme de compresses glacées placées sur le corps de la malade, combinées ou non avec l'usage d'un matelas d'eau qui refroidit la partie postérieure du corps ; les autres enroulent autour de la malade un tube en caoutchouc dont les deux extrémités plongent dans des vases remplis d'eau et qui a été amorcé au siphon.

La majorité des auteurs recommandent le drap mouillé, l'empaquetage pendant des séances de 10 à 20 minutes, ou le bain, qui est plus actif. Le bain a toujours été donné à 30° et au-dessous, la malade présentant une température de 39°,5 et au-dessus. Dans quelques cas, des affusions froides ont été associées à ce traitement.

Les antithermiques ont été continués pendant l'administration des bains, mais il faut reconnaître qu'ils étaient sans action directe sur la température, puisque c'est cette infériorité du médicament qui a été la raison de l'établissement des bains.

Les bains ont été donnés dans les 74 observations que nous

---

discussion à la séance suivante, les deux discussions seront rapprochées et résumées dans le prochain numéro. R. L.

avons recueillies sans qu'il soit fait mention d'intervention chirurgicale sur l'utérus. Dans une de nos observations seulement il y a eu écouvillonnage, dans une autre curettage.

Le bain est indiqué dès que l'état général est pris, qu'il y ait eu intervention ou non. Il doit être répété assez souvent pour que la température de la malade soit constamment maintenue à une moyenne peu élevée, toutes les quatre heures dans des cas, toutes les trois heures dans les autres. Ce qui doit aussi guider en cela, c'est moins encore la température que l'état général. Toutes les fois qu'il y a céphalalgie, langue sèche, mictions peu abondantes, facies terreux, il doit être prescrit ; à plus forte raison lorsqu'il y a des phénomènes ataxiques ou adynamiques.

La température des bains doit être variable. Il y a des cas qui, pris au début, sont justiciables de bains progressivement refroidis et donnés à 2 degrés au-dessous de la température que présente la malade. Ce sont les cas pris au début ; à l'hôpital, on nous amène des femmes dont la septicémie est faite et bien faite ; il y a avantage à ne pas s'arrêter à une thérapeutique qui repose sur les antithermiques ordinaires, qui donnent peu de résultats, comme nous l'avons vu dans les observations publiées ; cela fait perdre du temps. Il est inutile et dangereux d'attendre : ce sont ces cas qui sont au plus haut point justiciables d'un bain à 28°, que l'on abaisse rapidement à 25° et à 20°, suivant son action sur l'organisme particulier que l'on traite et sa réaction. La durée du bain doit être en général de 10 à 15 minutes, et doit être réglée par l'apparition du frisson qui indique que le traitement a agi.

Dans les cas de collapsus, avant de mettre la malade dans un bain qui sera froid, 20 ou 18°, et de peu de durée, 5 à 6 minutes, on pourrait, si le cœur faiblit, si le pouls est mou, mal séparable et très fréquent, si la malade est bien déprimée, faire précéder la balnéation d'une injection de caféine ou de spartéine.

Le bain agit alors en secouant la malade, en réveillant ses sensibilités. Plus tard on revient au bain ordinaire.

L'alimentation doit consister en bouillon, en lait surtout, et en potions alcooliques, ou en vin généreux, et être largement donnée à la malade.

Les contre-indications des bains sont les suivantes : les accidents péritonéaux, les phlegmons du ligament large, un collapsus trop complet qu'il faut d'abord améliorer.

La phlegmatia alba dolens demande aussi une abstention absolue. En dehors de ces complications, toutes celles qui pourraient survenir ne doivent pas arrêter le traitement, et nous avons lu des observations d'infection avec septicémie interne compliquées de bronchite, d'éclampsie, de rougeole, d'érysipèle, qui ont guéri sans qu'il ait été nécessaire d'interrompre les bains. Je ne parle naturellement pas des affections provoquant l'avortement ou l'accouchement qui sont ordinairement traitées par les bains froids et qui ne demandent rationnellement pas d'interruption dans l'administration des bains.

Le bain agit d'abord en abaissant la température, en augmentant la quantité d'urine, en relevant l'affaiblissement du cœur, en faisant disparaître la céphalalgie. Il stimule le malade et le fait sortir de sa stupeur. Il laisse à sa suite la malade dans un état de quiétude absolue, et le plus souvent après le bain les malades que j'ai traitées ont joui d'un sommeil qu'elles n'avaient plus depuis qu'elles étaient sous le coup de leur septicémie. Ce sont, avec l'abaissement de la température, l'émission d'une urine plus claire, plus abondante, les symptômes que l'on peut constater sans avoir à interroger la malade.

Quant au résultat des bains, il est assez important pour que je ne termine pas cette communication sans vous donner la mortalité des cas traités, et je tiens à le répéter, ce sont tous des cas où la septicémie était intense et sur lesquels les autres antithermiques n'avaient pas de prise.

J'ai réuni, sans parler des articles où les auteurs disent qu'ils n'ont eu que des succès sans nous en donner le nombre, 74 observations :

Sur ce nombre, j'ai eu une mort par péritonite.

Chabert trois, l'une due à une métastase pulmonaire d'origine pyohémique ; l'autre survint chez une femme en travail qui avait été trois jours avec rupture prématurée de la poche des eaux, présentation de l'épaule qui nécessita une version ; la troisième survint chez une femme dont la septicémie était particulièrement intensive et que Chabert regretta de n'avoir pas traitée plus énergiquement.

Runge a deux morts à la suite d'accidents péritonéaux et recommande bien de ne pas baigner une femme qui a de la péritonite, et qui est perdue, quel que soit le traitement employé;

aussi je ne comprends pas très bien pourquoi Stoltz, dans son article Puerpéralité, recommande surtout des bains dans les cas de péritonite, lorsque tous les auteurs qui se sont occupés avec lui de la question déconseillent absolument la réfrigération dans ces cas.

Skinner a une mort à signaler, due à une septicémie excessive traitée timidement.

En acceptant la statistique la plus brutale, cela fait 7 morts sur 74 cas, dont 3 morts sont dues à la péritonite puerpérale que l'on doit savoir ne pas baigner. Cela fait moins d'une mort sur 10 cas observés, et sur 10 cas contre lesquels la thérapeutique ordinaire avait été impuissante jusque-là. Je crois que ces chiffres et ces considérations suffisent pour juger la méthode.

Discussion.—Nitot estime que le mieux est de faire, le plus tôt possible, un curettage à fond, à quoi M. Macé, qui est parfaitement partisan d'un traitement local énergique, objecte que, bien souvent, quand on apporte les malades à l'hôpital, la septicémie, conséquence de l'infection, est déjà un fait accompli. Il pense que, dans ces cas, mieux vaut recourir tôt aux bains froids que d'escompter l'action illusoire des antithermiques ordinaires. A une question de Porak sur le mode d'action de ces bains, il répond qu'ils agissent en faisant uriner la malade, en abaissant la température, en faisant disparaître la céphalalgie, et en provoquant un sommeil paisible. R. Labusquière.

REVUE ANALYTIQUE

DU DÉCIDUOME

Un cas de déciduo-sarcome de l'utérus à cellules géantes (Deciduo-sarcoma uteri giganto-cellulare), par Klein. *Archiv. fur Gynäkologie*, 1894, Bd XLVII, p. 243.

Commémoratifs (en partie d'après les renseignements du médecin traitant) :

Le 26 janvier 1893, fortes hémorrhagies utérines. L'utérus gravide remontait jusqu'à l'ombilic, mais on ne sentait pas les parties fœtales.

L'orifice du col est fermé.

Les hémorrhagies duraient depuis longtemps. Les dernières règles, novembre 1892; en août 1892, avortement. Antérieurement deux accouchements normaux. La malade avait depuis peu de temps soulevé un lourd fardeau. Aucun signe de vérole. Tamponnement presque journalier à cause des hémorrhagies persistantes.

Le 12 mars 1893, douleurs d'enfantement. Expulsion d'une môle hydatiforme. Pas de fièvre, mais depuis de très violentes hémorrhagies et de fortes douleurs abdominales. Le 15 mai 1893, curettage de l'utérus suivi de fortes hémorrhagies. Tamponnement. Cessation des hémorrhagies.

La malade se lève, peut marcher. Pas de fièvre. Le 25 mai 1893, douleurs vagues dans l'abdomen. Masse en forme de fuseau qui augmente de volume les jours suivants. Le 9 juin, collapsus. Tumeur disparaît (rupture d'un hémato-salpinx ?). Pas de fièvre.

Le 8 juillet l'hématocèle tubaire s'est formée de nouveau. De nouveau, collapsus et disparition de la tumeur. Dès le milieu de septembre, violentes douleurs dans le paramétrium, qui enfin se calmèrent par injections de morphine au 1/100e avec atropine. L'utérus grossissait toujours. Il se décolle une masse dans son intérieur. L'examen microcospique d'un morceau raclé donne des caillots fibrineux avec des corpuscules de pus. Fièvre s'installe. Diagnostic : déciduome malin, paramétrite gauche, maladie des annexes.

Avec ses commémoratifs si incomplets de la menstruation, la malade arrive le 3 novembre 1893.

État actuel d'après l'examen du jour même. — M... R..., âgée de 27 ans, journalière, mariée depuis mars 1892. Femme petite, faiblement bâtie, mal nourrie, très anémique. Rien d'anormal aux poumons.

Les dimensions du cœur ne sont pas augmentées, mais à chaque orifice on entend un souffle sourd, systolique. Les seins sont petits, pendants, la substance glandulaire mal développée. L'aréole est de la grosseur d'un mark, faiblement pigmentée. Les seins bien conformés. Les parois abdominales sont flasques. Anciennes vergetures. Près de l'os iliaque gauche, on sent une tumeur de la grosseur d'un petit poing d'enfant, ovale, très légèrement mobile. Cependant, on ne sent aucune résistance anormale.

Par le toucher, on trouve le vagin modérément long, pendant ce

sensiblement élargi dans sa partie supérieure. Dans les culs-de-sac droit et postérieur le doigt s'arrête sur une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, bosselée mais souple, qui se prolonge par une partie concave en forme de gouttière du côté de l'orifice, qui ne se laisse pas écarter à droite et en bas de la paroi vaginale, et au niveau de laquelle la muqueuse est peu mobile.

L'orifice externe et le canal cervical externe sont perméables au doigt pour un centimètre et demi.

Ils sont au-dessus du *spinallinie*, et environ deux centimètres à gauche de la ligne médiane près du bord inférieur du pubis.

La lèvre postérieure un peu, l'antérieure sensiblement, sont épaissies à droite.

Autour des deux lèvres les culs-de-sac, à l'exception de l'angle inférieur droit, ne sont pas très profonds, mais très appréciables. Le corps de l'utérus en rétroversion et un peu penché vers la gauche, a le volume d'une grossesse de deux mois, d'une consistance molle. Le palper du paramétrium montre que la tumeur dans les culs-de-sac droit et postérieur peut être aussi perçue à travers les parois abdominales très flasques, avec un prolongement à côté et derrière l'utérus, si bien que sa grosseur totale est celle d'un poing moyen de dame.

Il est impossible de la séparer de la partie inférieure de l'utérus, à droite latéralement de la paroi du bassin, inférieurement du cul-de-sac de Douglas.

On ne sent pas l'ovaire droit. La tumeur trouvée à gauche près de l'os iliaque est unie à celle-ci par un prolongement étroit. Pendant cet examen il s'écoule une quantité considérable de sang. Comme la malade est affaiblie par l'examen, on remet l'examen au spéculum.

Plusieurs injections vaginales par jour de lysol. Pas d'hémorragie, mais écoulement vaginal abondant.

Le 5 novembre au matin (les jours précédents étaient sans fièvre), très rapidement frisson : T. 39°,1, pouls 120 ; soir : T. 38°,2, pouls 110.

Le 6 novembre : T. 39°,2, pouls 118 ; soir, frissons : T. 38°,9, pouls 112.

État subjectif bon.

Dans la nuit du 7, deux frissons de peu de durée. État subjectif immédiatement mauvais. De trois à six heures du matin, violentes hémorrhagies qui s'arrêtent enfin par tamponnement à la gaze iodoformée, tandis que le pouls, qui était bon au début du tamponnement, est devenu extraordinairement petit et fréquent à la fin, car l'écoulement persistait jusqu'à la dernière mèche de gaze. Sueurs froides, yeux cernés.

Injection de camphre et de lavement d'une solution de chlorure de sodium. Mort à huit heures et demie. A la suite de l'examen, incomplet à cause de cette mort subite, le diagnostic clinique n'était que : dégénérescence maligne dans le segment inférieur de l'utérus, avec propagation au vagin et au paramétrium du côté droit (sarcome ?). L'existence d'un déciduome aurait dû être discutée à cause de la môle hydatiforme.

La petite tumeur mobile du bassin gauche était prise pour un ovaire grossi.

Autopsie, 8 novembre 1893, faite par le Dr Schmauss. — Corps petit, faible, long de 144 centim. ; poids, 34 kilogr. Cornée trouble, pupille un peu rétrécie, seins peu développés, abdomen un peu affaissé. Vergetures, taches cadavériques, rigidité. A la section des parois abdominales, adipose faible, musculature mince.

Foie dépasse le bord costal. Estomac déborde de trois travers de doigt. Reins gros, haut placés. Péritoine lisse, gris. Utérus dépasse la symphyse d'un travers de main. La paroi antérieure est lisse. L'ovaire gauche est librement mobile derrière l'utérus. L'ovaire droit est dans la partie supérieure du petit bassin. La vessie est modérément pleine. A droite, près la portion cervicale de l'utérus, se trouve une petite nodosité de la grosseur d'une noix qui se prolonge en arrière et remplit la moitié droite du bassin.

Poumon droit s'étend jusqu'à la ligne médiane. Poumon gauche est contracté. Cœur est gros comme la paume d'une main. Les poumons ne sont pas adhérents. Il existe une cuillerée de sérum dans la plèvre gauche. Plèvre droite est vide.

Le péricarde contient également une cuillerée de sérum.

Dans l'oreillette gauche, un peu de sang.

Un peu plus dans la droite.

Poumon gauche, 290 grammes, un peu tuméfié, légèrement hypertrophié.

Plèvre pariétale est lisse. Plèvre viscérale est bleu gris; à différentes places, et notamment au sommet et sur la plèvre diaphragmatique, l'on trouve des taches blanches. A d'autres endroits taches rouges, peu proéminentes, qui à la coupe montrent qu'elles renferment des nodosités, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une fève. La coupe est gris sale, rouge ou noire.

Une nodosité située près de la paroi diaphragmatique, et de la grosseur d'une noix, montre une caverne.

L'on trouve aussi dans les plus petites de ces nodosités des petites cavernes. Dans l'intérieur du poumon gauche existent de petites nodosités analogues.

Le poumon est plein d'air, surtout dans les lobes inférieurs. Les grosses bronches sont vides. Des plus petites s'écoulent des mucosités épaisses et filantes. Les vaisseaux contiennent du sang liquide. Les plus gros sont vides.

Poumon droit, 305 grammes, semblable au poumon gauche avec de nombreuses nodosités analogues sous-pleurales qui sont quelquefois foncées au centre. Le lobe inférieur est bleu gris, aéré, pauvre de substance. Le lobe supérieur est plein de mucosités. On trouve aussi dans l'intérieur du poumon de nombreuses nodosités plus petites.

Les vaisseaux gros et moyens et les bronches comme à gauche. Les plus petits vaisseaux et bronches sont vides. Cœur 235 grammes, assez gros. Epicarde trouble, laiteux; dans le ventricule droit, caillots fibrineux et sang.

L'endocarde montre des signes d'altération. Valvules libres, souples. Oreillette normale. Le ventricule gauche presque vide. L'endocarde transparent, valvules souples. Valvule aortique légè rement mobile, fenêtrée. La paroi de l'oreillette est épaissie.

Muscle cardiaque rouge brun.

Rate grossie, molle; capsule tendue, pulpe s'effritant sous la coupe, granuleuse, trouble. Follicules et parenchyme normaux, 170 grammes.

Foie assez gros, 1,000 grammes, se coupe très aisément. La coupe montre une structure normale, est exsangue; vaisseaux libres. Voies biliaires normales, une cuillerée de bile épaisse dans la vésicule.

Reins, ensemble 130 grammes, assez gros, brun foncé. Paroi supérieure lisse. Coupe de la substance corticale pâle. Structure normale.

Bassinet large, dilaté. Uretères non dilatés.

Intestin et vessie normaux.

Veine cave inférieure contient du sang dans sa partie abdominale, ainsi que la veine utéro-ovarienne.

Organes génitaux après leur extraction : à droite et derrière l'utérus existe une nodosité de la grosseur d'une noix, qui à la coupe renferme une partie caverneuse. La partie vaginale de l'utérus est hypertrophiée ; sur la paroi gauche se trouve une masse de la grosseur d'un noyau de cerise, de couleur gris sale, contenant à la coupe une caverne. A droite du canal cervical existe une tumeur de la grosseur d'un poing d'enfant, qui a deux ulcérations au niveau du vagin. La première est grande comme une pièce de deux marks, l'autre comme une pièce de cinq pfennigs. Le canal cervical est perméable pour un un doigt, est comprimé à droite et en arrière par la tumeur. Près des grosses ulcérations se trouvent deux plus petites, l'une près de la ligne médiane, l'autre un peu à gauche. La grosse nodosité s'étend en arrière jusque dans la cavité de Douglas. L'utérus est gros, sa muqueuse n'est pas épaissie, sa musculature est puissante. Près de l'orifice, et au niveau de sa paroi droite, remplissant presque entièrement sa cavité, est une tumeur de 5,5 centim. de long et de 1,5 centim. d'épaisseur qui, tachetée sur sa surface, caverneuse à la coupe, est remplie de noyaux durs. La masse s'étend sans limites nettes jusque dans la paroi droite de l'utérus. Les cavernes sont remplies d'une masse non homogène, gris brunâtre. Les parois renferment de petits infarctus hémorrhagiques. Le tissu est fortement pigmenté.

Le diagnostic anatomique est : angio-sarcome propagé de la paroi vaginale supérieure. Métastases dans l'utérus et dans les deux poumons. Déciduome utérin. Anémie générale. Hypertrophie de la rate.

En somme, les deux lèvres de l'utérus sont épaissies, mais pas à un degré égal ; la postérieure est seulement épaissie à cause de deux noyaux de la grosseur d'un noyau de cerise, ulcérée du côté du vagin. La lèvre antérieure l'est assez dans sa partie gauche, mais notablement dans sa partie droite.

La longueur depuis l'orifice interne jusqu'au fond de l'utérus est de 6 centimètres.

La terminaison inférieure de la tumeur supposée déciduale

s'arrête justement au niveau de l'orifice interne du col, à droite, entre la portion vaginale et la tumeur tapissant la paroi du vagin, et un prolongement superficiel, la fourche qui les fait communiquer. Au niveau de sa partie proéminente la tumeur n'est pas ulcérée mais bien près de l'être, tandis qu'un peu plus loin est une ulcération de 2,5 centim. sur 1,5 centim. Les deux trompes sont absolument normales, leurs pavillons libres. Les deux ovaires sont sans adhérences ; le gauche, comme il a été dit plus haut, hypertrophié ; le droit est situé immédiatement derrière la tumeur, dans la poche qu'elle formait avec la paroi du bassin. Il était donc impossible de le sentir. Le ligament rond à gauche a son épaisseur normale, le droit est comme une corde épaisse.

Y avait-il deux processus néoplasiques distincts, ou un seul ? Et dans ce cas quel était le début : sarcome primitif du vagin près d'un déciduome primitif ? ou sarcome vaginal primitif avec métastases intra-utérines ? ou déciduo-sarcome primitif avec idem ?

D'après l'histoire clinique, malheureusement insuffisante, on peut conclure au déciduo-sarcome primitif. Trois preuves :

1° Histoire identique à celles des autres observations. Grossesse, évacuation d'une môle, puis fortes hémorrhagies, arrêtées seulement par le curettage au deuxième ou sixième mois, développement de l'utérus contenant une tumeur, puis infection, fièvre, mort au huitième mois ;

2° Dans la littérature on trouve aussi des noyaux de propagation aux mêmes places ;

3° L'examen histologique le prouve.

Examen microscopique. — *Description de noyaux néoplasiques trouvés dans l'utérus.* A l'œil nu, en examinant la coupe à la lumière, on voit dans mon cas, comme dans celui de Sänger, que le tissu coloré en bleu par l'hématoxyline contient de nombreux îlots grands et petits qui sont tous colorés en rouge vif par l'éosine et qui contiennent du sang ; les îlots hémorrhagiques sont circulaires, et le tissu néoplasique leur fait comme des cloisons. Ils contiennent des leucocytes isolés ou en série et de la fibrine, et montrent tous les degrés d'organisation. Surtout à la périphérie des infarctus, grosses cellules à noyaux gros et épais, cellules nécrobiotiques, identiques aux cellules géantes de la tumeur. Pas de pullulation appréciable de leucocytes. Parfois le sang ne forme pas d'infarctus, mais infiltre les éléments cellulaires.

La tumeur elle-même présente à sa partie moyenne, comme dans le cas de Sänger, une structure en charpente. Les séries sont toujours longues, limitant des espaces irréguliers mais de forme allongée, ou bien les séries sont courtes, plus trapues laissant entre elles des espaces plus arrondis mais toujours irréguliers. Comme Sänger, je n'ai pas trouvé à ces lacunes de membrane propre ou de revêtement quelconque. Les lacunes contenaient parfois des globules rouges altérés.

Quant aux éléments qui forment la charpente, je ne les ai pas trouvés semblables à ceux de Sänger. D'une façon générale il y avait quatre types :

Grosses cellules spécifiques à noyaux gros contenant des corpuscules, parfois voisines les unes des autres, parfois entremêlées aux trois autres sortes ;

Cellules rondes que l'on différencie des leucocytes par la richesse en chromatine de leur noyau moindre — le noyau est unique, non pigmenté — et par leur masse protoplasmique abondante. Comme Sänger, je les crois de petites cellules rondes de sarcome;

Cellules en fuseau de nature sarcomateuse, en grande partie;

Enfin fibres musculaires lisses entremêlées de globules rouges et de fibres conjonctives.

La différence entre mon cas et celui de Sänger est non seulement dans la richesse en cellules rondes fusiformes, mais aussi dans l'aspect et la condition des cellules dites spécifiques.

Je ne donne pas les chiffres et lettres qui ont rapport aux figures, car celles-ci contiennent énormément de fautes d'impression.

Du déciduo-sarcome de l'utérus (Ueber Deciduo-Sarcoma Uteri), Menge. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1894, Bd. XXX, Hft. 2, p. 323.

Obs. I. — S..., 35 ans, VIIIpare, accouchements toujours spontanés, suites de couches toujours normales, le dernier accouchement deux années auparavant environ. En plus, une première fausse couche en 1884. Fut reçue à la *Universitatsfrauenklinik* de Leipsick, en décembre 1892, comme enceinte de six mois. Lors de son admission, elle perdait par les parties génitales du sang en assez grande quantité. Dans l'idée qu'il s'agissait d'un accouchement prématuré, on prescrivit le repos absolu au lit, et on donna de l'opium. L'hémorrhagie cessa, mais bientôt se manifesta de l'hyperthermie (jusqu'à 39°,6), et le 28 décembre fut expulsée spontanément une volumineuse môle

hydatiforme, dont certaines parties restées dans l'utérus, et point de départ d'hémorragies, exigèrent un raclage manuel. La température tout d'abord s'abaissa, mais elle s'éleva de nouveau par degré jusqu'à 39°,6. L'exploration bimanuelle indiqua une rétention des lochies, et la dilatation digitale du col donna issue à une grande quantité d'écoulement lochial. Les lochies ensemencées, par la méthode des cultures aérobies, restèrent stériles. La fièvre était tombée, et la femme fut renvoyée le 8 janvier comme guérie, c'est-à-dire dix jours après l'expulsion de la môle.

Le 7 juillet 1893, six mois par conséquent après sa sortie de l'hôpital, la femme s'y représentait parce que, depuis huit jours, elle perdait beaucoup de sang par les parties génitales, et qu'elle souffrait vivement dans les côtés. Déjà, en mai 1893, donc postérieurement aussi à la grossesse môlaire, elle aurait eu des accidents hémorragiques de même nature pour lesquels elle aurait subi, ailleurs, un curettage de l'utérus.

L'état gynécologique parut, à ce moment, *tout à fait normal ;* aucune altération de forme ou de consistance de l'utérus.

On dilata le col avec de la laminaire, et, le lendemain, on procéda à une exploration digitale de la matrice. On constata ainsi sur la paroi antérieure de l'utérus une *masse, semi-sphérique, de la grosseur d'un haricot, faisant saillie dans la cavité utérine dont les parois, sur tous les autres points, étaient lisses.* Traitement : extirpation avec le doigt et la curette du nodule, et abrasion méthodique de la muqueuse. Le lendemain du curettage 40°, hyperthermie qui tomba, du reste, spontanément deux jours après. Malheureusement, les tissus obtenus par le curettage ne furent pas examinés.

Mais, dès le 3 août, ainsi trois semaines plus tard, un médecin mandait la nouvelle que la femme était sous le coup d'une hémorragie génitale considérable, qui restait rebelle au tamponnement. Un assistant de la Clinique, envoyé auprès d'elle, la trouva complètement exsangue, sans pouls, mais bien tamponnée. Il injecta du sérum artificiel et fit transporter la femme à la Clinique. État au moment de l'admission : anémie profonde, pouls petit, très fréqnent, mou, respiration accélérée, T., 37°,4. Urine obtenue par le cathétérisme, rare, non albumineuse.

Le tamponnement enlevé, on constate : vagin très large, parois partout lisses, portion vaginale du col ne présentant rien d'anormal. Orifice externe admettant la pulpe du doigt ; cavité cervicale lisse sur toute sa surface. Impossibilité de pénétrer dans l'utérus. Plus de perte de sang. Augmentation notable du corps de la matrice, mais sans altération de forme. Consistance assez dure. Rien d'anormal du côté des annexes.

Dilatation du col à la laminaire. Le lendemain extirpation, au moyen de la curette tranchante très prudemment maniée, de masses d'aspect placentaire, dans lesquelles on constate, à l'œil nu, de fines mailles. L'exploration végétale de la cavité utérine fournit les renseignements complémentaires suivants : en avant et du côté droit masses molles, adhérentes à la paroi

dont on extirpa le plus possible avec le doigt. Présence d'un cratère à rebord saillant, dur, à pic. *Diagnostic clinique :* SARCOME DÉCIDUAL.

Le lendemain du curettage, 40°,3, hyperthermie qui, sans aucun traitement, tomba le jour suivant. Utérus devenu très petit ; cessation complète de la perte de sang. Mais, *contrairement à ce qui se produit d'ordinaire quand les hémorrhagies sont arrêtées, l'état général resta mauvais.* D'ailleurs l'examen microscopique des portions obtenues de la tumeur, confirma le diagnostic clinique, et *l'hystérectomie vaginale totale fut décidée et pratiquée le 11 août.* Au cours de la désinfection préparatoire on fit la constatation, au niveau du cul-de-sac vaginal droit, d'un nodule, gros comme une aveline, sur lequel la muqueuse s'étalait saine, mais qui donnait l'impression d'un nœud variqueux. *Utérus et annexes furent enlevés.* Également, on excisa le nodule vaginal, dont la loge fut cautérisée, puis coaptée soigneusement. *Les suites opératoires* furent très accidentées. Il y eut de la fièvre, la plaie vaginale se recouvrit à un certain moment de membranes diphtéroïdes, la mort à plusieurs reprises parut imminente. Pourtant, 53 jours après l'hystérectomie, la femme, encore profondément anémique, rentrait dans son domicile. Le 21 novembre, c'est-à-dire trois mois et demi plus tard on constata à un nouvel examen, que la cicatrisation au niveau du fond du vagin était complète, mais que, malheureusement, la paroi vaginale droite, près de l'orifice du vagin, était le siège d'un NODULE GROS COMME UNE NOIX. Dix jours après, ce nodule avait le volume d'une petite pomme, et présentait deux points nécrotiques. On ne releva rien d'anormal du côté des poumons. Pas de tuméfactions ganglionnaires. *Mort* peu après, treize mois après l'expulsion de la môle, six mois après l'opération.

Examen des fragments de tumeurs obtenues par curettage. — Les préparations montrent des cordons, des traînées très sinueuses et des amas étendus qui sont composés de cellules épithélioïdes, presque partout pourvus d'une couche délicate de cellules endothéliales qui constituent une ligne de démarcation accusée avec les tissus voisins. Entre ces cordons, existent tantôt des lacunes à disposition rubannée, également sinueuses, tantôt des amas sanguins tout à fait irréguliers. De ces derniers, les uns, de date récente, laissent voir nettement les corpuscules sanguins emprisonnés dans un réseau de fibrine ; les autres, plus anciens, paraissent en voie de désintégration. Enfin, on aperçoit encore des éléments musculaires, dissociés, semés çà et là d'éléments épithélioïdes, sans infiltration de petites cellules. En beaucoup de points, les cordons cellulaires cheminent isolément et rappellent par leur forme et leur délimitation nette les cordons qu'on trouve dans les néoplasies épithéliales. Certains de ces cordons se ramifient, d'autres se terminent en massue et quand le revêtement endothélial paraît un peu bourgeonnant, ils ressemblent à des villosités dans lesquelles le stroma connectif serait remplacé par des éléments épithéliaux. Toutefois le revêtement endothélial ne bourgeonne que très rarement, la plupart du temps il est formé de

très délicates cellules fusiformes, et le passage de celles-ci à la forme bourgeonnante se laisse nettement suivre. Jamais, dans ces traînées cellulaires, ne fut observé un vaisseau ou même un vestige de vaisseau. En certains cas, les amas de cellules présentent des entrelacements, une sorte de disposition labyrinthique, et sont alors formés de délicates et courtes trabécules cellulaires, dont seulement celles placées aux limites du peloton cellulaire paraissent pourvues d'un revêtement endothélial, toujours nettement constatable sur les cordons bien délimités, et plus isolés. Par leur forme, par leur grosseur les cellules épithélioïdes ressemblent aux cellules de la caduque de la grossesse; tantôt fusiformes elles renferment des noyaux vésiculaires, remarquablement gros, pourvus d'un ou deux nucléoles. Tandis que dans les cordons cellulaires isolés, on trouve presque exclusivement ces éléments d'aspect décidual, se colorant peu, par contre, dans les pelotons labyrinthiques on aperçoit, outre ces éléments, d'autres éléments néoformés, beaucoup plus gros que les cellules déciduales, de formes diverses et très irrégulières et dont le protoplasma et la substance nucléaire ont pris beaucoup de substance colorante. Au sein de quelques-uns de ces pelotons, on distingue de vraies cellules géantes, à noyaux multiples. A un fort grossissement, on trouve une substance intermédiaire rare, fine, filiforme qui la plupart du temps réunit plusieurs cellules. Dans les cordons cellulaires, isolés, point d'apparence de substance intermédiaire unissante. Surtout dans les pelotons se montrent des figures nombreuses de segmentation nucléaire. La forme des noyaux est généralement sphérique ou ovoïde.

Dans le tissu de la tumeur se trouvent d'assez rares lacunes, petites, sphériques ou ovales, qui présentent en certains points un revêtement épithélial, tandis qu'en d'autres elles sont limitées par les cellules mêmes de la tumeur. Souvent, elles renferment des corpuscules lymphoïdes, des globules rouges et des cellules de la tumeur.

Les parties musculaires sont en certains points parfaitement conservées, en d'autres frappées de nécrose. Nulle part, la muqueuse ne paraît intacte. En un point seulement, au milieu d'un vieux caillot, on aperçoit un reste de glande, avec un épithélium cylindrique aplati, à une seule couche, en palissade.

Observations faites après l'autopsie. — Utérus augmenté dans toutes ses dimensions, longueur 11 centimètres et demi, largeur 7 centim. et demi; épaisseur 5 centim. Parois assez flasques. A la paroi antérieure, nodule volumineux, mou, séparé néanmoins de la séreuse par une couche musculaire assez épaisse. Face interne de l'utérus, au fond, sur les côtés, au-dessus de l'orifice interne, lisse. Pourtant la muqueuse est couverte de masses suppurées que le lavage entraîne aisément. Le nodule volumineux a la circonférence d'une noix, mais il s'étend vers les parois latérale et postérieure. Sa coloration, après section, ne tranche guère sur la coloration générale de l'utérus. Il présente une sorte de réseau, de disposition aréolaire, et laisse

par expression, couler un peu de sang peu coloré. Un centimètre environ plus bas que ce nodule, au-dessous de la muqneuse parfaitement conservée s'en trouve un autre, gros comme un pois. On en trouve encore un troisième gros comme un noyau de cerise dans la paroi latérale droite de l'utérus. Paroi utérine très épaisse, mais flasque. Rien d'anormal au revêtement séreux de l'utérus, aux ligaments larges, aux trompes et aux ovaires.

Voilà le résumé des observations micro et macroscopiques. L'auteur reprend ensuite l'étude histologique du néoplasme, en fait une description très minutieuse, mais dont la lecture devient très aride, très dure en l'absence des figures explicites annexées à son travail. Pour ce complément histologique, nous renvoyons donc les lecteurs au travail original.

L'auteur relate ensuite un second fait ayant avec le précédent de grandes analogies, mais qui lui paraît d'une interprétation difficile.

Obs. II. — B..., 18 ans, à deux mois de grossesse est prise d'hémorrhagie profuse, et transportée à l'hôpital, où elle arrive dans un état des plus alarmants. Le col est effacé, l'orifice externe à peine entr'ouvert. Mais, l'utérus est gros comme à six mois de grossesse. On fait le diagnostic de môle hydatiforme. On fait le tamponnement et on injecte du sérum artificiel. Le lendemain, l'hémorrhagie continuant, le tampon est enlevé et, par curettage, on procède à l'évacuation de l'utérus, après incisions sur le col. Les suites furent assez troublées, il y eut de la fièvre, jusqu'à 38°,9. Quinze jours après, la femme, très anémique, quittait l'hôpital. Elle y revenait six semaines plus tard, accusant : sensation de brûlure au niveau des parties génitales, et hémorrhagie. T. 38°,9. P. 130. Écoulement vaginal muco-sanguinolent et très fétide.

État général mauvais. Pâleur du tégument, des muqueuses, œdèmes partiels, néanmoins sans albuminurie. — Examen : vagin étroit, déchirure du col profonde à droite correspondant à l'incision faite jadis ; à gauche pas de vestiges de l'incision. Corps de l'utérus en antéflexion, nettement augmenté de volume, mobile. Rien d'anormal du côté des annexes. *Nouvel examen après dilatation du col avec la laminaire.* Sur la paroi antérieure du corps utérin, on constate des *nodules assez durs, gros comme des avelines, et faisant, sous forme de demi-sphères, relief dans la cavité utérine.* Avec le doigt, avec la curette, on procède à l'extirpation de ces nodules, dont on réussit à enlever des fragments qui sont gris blanc et durs. Suites opératoires sans phénomènes réactionnels.

L'examen histologique des fragments obtenus permit à l'auteur de faire la remarque que des portions musculaires de ces fragments, traversées de cellules épithéliales, offraient de grandes ressemblances avec certaines condi-

tions anatomo-pathologiques constatées dans les régions de l'utérus, voisines des nodules néoplasiques observés dans le cas précédent. Ce rapprochement fit penser à la possibilité d'une affection de nature maligne, et l'on songea à pratiquer une opération radicale, qui fut remise, parce qu'il survint une amélioration remarquable de l'état général.

Au point de vue de *l'origine de la tumeur*, Menge se rallie, tout en faisant de grandes réserves sur une question dont beaucoup de points restent encore obscurs, à l'opinion de Sänger, Löhlein, Pfeiffer, Chiari, etc., que les néoplasmes dont il s'agit proviennent de la caduque de la grossese qui en constituerait la matrice. Il adopte également l'idée de Sänger de leur *nature sarcomateuse*, parce que d'une part l'élément décidual, une cellule du tissu conjonctif, se transforme en cellule de la tumeur et que, d'autre part, les caractères histologiques relevés légitiment cette appréciation. R. Labusquière.

VARIA

Un cas de perforation de l'utérus au cours du curettage, compliqué de prolapsus et de pincement de l'intestin. (Ein Fall von Perforation des Uterus beim Curettement mit Vorfall und Einklemmung des Darmes). Alberti. *Cent. f. Gyn.*, 1894, nº 39, p. 937.

Cet accident est survenu chez une femme de 32 ans, qui avait eu six accouchements antérieurs, le dernier six années auparavant. Quinze jours après une suppression de règles, survint une forte hémorrhagie, avec douleurs rappelant celles de l'accouchement. La perte de sang, après s'être prolongée, à un degré plus ou moins fort, durant tout un mois, et s'être compliquée de fétidité, s'aggrava tout d'un coup, avec recrudescence de douleurs. Un médecin, appelé alors seulement, fit, avec prudence, le curettage de l'utérus. Puis, dans l'espoir de ramener des débris ovulaires, il se servit d'une pince à polypes. Mais, ce qu'il ramena, ce fut une anse d'intestin ! Sans tentative de réduction, et après un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, il fit transporter la femme à l'hôpital. Là, on fit la laparotomie et on réussit, après des manœuvres assez laborieuses, à rentrer, en opérant par le ventre, l'anse prolabée dans l'abdomen où elle fut replacée après toilette sérieuse (lavage avec une solution salée à 3 p. 1000). La déchirure de l'utérus, qui avait livré passage à l'intestin, était

située immédiatement en avant du bord droit de l'organe et mesurait environ 3 centim.

Suture de la déchirure (méthode de Lembert), et, par surcroît de précaution, suture, au-dessus, d'un pli du ligament large droit. *La musculeuse utérine était extrêmement flasque, molle et si mince qu'à un premier essai de réunion de la déchirure par une suture à points séparés, les fils déchiraient le tissu utérin*. Avant de terminer, on fit, avec l'idée que des débris abortifs pouvaient rester dans l'utérus, un curettage extrêmement prudent. Or, malgré les précautions prises, à tout instant il semblait que le tissu utérin allait de nouveau céder. Suites opératoires bonnes. Néanmoins, la femme ayant déjà quitté le lit, survinrent de nouvelles hémorrhagies qui exigèrent deux nouveaux curettages et plusieurs applications intra-utérines de teinture d'iode. *Guérison complète.*

L'auteur insiste particulièrement sur les altérations profondes que font subir au tissu les processus puerpéraux septiques, altérations qui le rendent extrêmement friable. De là, les dangers de perforation par le curettage. D'autre part, il conclut que, dans les conditions analogues à celles où il s'est trouvé, la laparotomie est l'intervention de choix. R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'obstétrique, par MM. A. RIBEMONT-DESSAIGNES et G. LEPAGE.

MM. A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage viennent de faire paraître un livre qui est appelé, je crois, à rendre un grand service aux praticiens, aux étudiants et aux sages-femmes.

Désirant « refléter l'inoubliable enseignement » du professeur Tarnier que les membres de la Société obstétricale de France acclamaient, il y a deux ans, avec tant d'enthousiasme comme leur Président, et, désirant aussi que ce livre ne fût ni aussi volumineux qu'un Traité, ni aussi condensé qu'un Manuel, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage ont écrit un *Précis d'obstétrique*.

Ce *Précis* reproduit aussi « dans ses grandes lignes » l'enseignement du professeur Pinard, dont M. Lepage a été successivement l'élève, le chef de clinique et le collaborateur.

Il est divisé en onze parties.

La première est consacrée à l'anatomie et à la physiologie de l'appareil génital de la femme ; les auteurs étudient successivement l'ovaire et l'ovulation, l'utérus et la menstruation; puis, après avoir décrit les organes de la copulation, ils s'occupent, dans un chapitre spécial, de la fécondation.

La grossesse avec les modifications qu'elle apporte dans l'organisme maternel, ainsi que le développement de l'ovule fécondé, font l'objet de la deuxième partie.

Les auteurs, en étudiant les signes de la gestation, s'occupent assez longuement du palper qui a été si bien étudié et vulgarisé par le professeur Pinard.

L'hygiène de la grossesse n'a pas été oubliée, et, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage n'ont pas hésité à entrer dans des détails qui seront d'une grande utilité pour les accoucheurs et les sages-femmes.

L'antisepsie obstétricale, qui a complètement modifié l'aspect des maternités et dont il serait superflu de vanter les bienfaits, a été l'objet d'une étude toute particulière. Elle fait l'objet de la troisième partie.

Après avoir passé en revue les antiseptiques généralement employés, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage font connaître les accidents qu'ils peuvent produire et les intoxications qui peuvent en résulter. Cette partie, généralement écourtée dans les ouvrages similaires, est ici très largement traitée. Les auteurs ont fait de nombreux emprunts au nouvel ouvrage du professeur Tarnier sur *l'Asepsie et l'Antisepsie en Obstétrique*, que la librairie Steinheil vient de faire paraître.

L'accouchement normal est magistralement exposé dans la quatrième partie de ce *Précis*. Il ne m'est pas possible, on le comprend, de suivre, dans cette modeste analyse, les auteurs dans cette partie capitale de leur livre à laquelle ils ont consacré plus de trois cents pages. Qu'il me suffise de dire que la marche de l'accouchement y est décrite avec soin et méthode, de manière à faciliter singulièrement les études de ceux qui s'occupent de l'art parfois si difficile de l'obstétrique.

L'étude du bassin et celle de la tête du fœtus à terme précèdent, avec raison, la description de l'accouchement, qui est envisagé ensuite d'une façon générale, dans ses phénomènes maternels, ovulaires et fœtaux, pour être de nouveau repris et étudié en détails dans les différentes présentations du sommet, de la face, du siège et de l'épaule.

J'aurais désiré, toutefois, que la partie dans laquelle les présentations du front sont étudiées, fût un peu plus étendue. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage n'ont pas cru, dans un but de simplification, devoir créer une troisième présentation de l'extrémité céphalique, la présentation du front « intermédiaire à la présentation du sommet et à la présentation de la face » ; ils se sont bornés à considérer la présentation du front comme une variété frontale de la présentation de la face.

Je crains que, dans le cas particulier, le désir de simplifier ne les ait entraînés un peu trop loin. Les présentations du front, que l'on rencontre lorsque la tête n'est ni fléchie en avant, comme dans les présentations du sommet, ni fléchie en arrière, comme dans les présentations de la face, sont aux présentations de l'extrémité céphalique ce que les présentations de

l'épaule sont aux présentations transversales de tout le fœtus. Or, on sait combien ces présentations transversales de la tête peuvent causer de difficultés, et que, si souvent la tête se dégage spontanément d'après un mécanisme décrit par Helly et observé par Budin, Fochier, Pollosson, par nous-même et par d'autres, souvent aussi l'accouchement spontané est impossible.

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage étudient ensuite, en quelques pages, l'emploi des anesthésiques en obstétricie, et terminent par deux chapitres remarquables consacrés à la délivrance et aux suites de couches physiologiques.

Dans la cinquième partie de leur *Précis*, les auteurs s'occupent des soins à donner au nouveau-né et de l'allaitement. Ils n'ont pas hésité à entrer dans tous les détails que comporte un pareil sujet. On sait combien l'obstétrique française, suivant en cela l'impulsion donnée par son chef actuel, le professeur Tarnier, s'efforce, par tous les moyens possibles, de diminuer l'effrayante léthalité qui faisait, naguère, tant de victimes parmi les nouveau-nés.

La pathologie de la grossesse fait l'objet de la sixième partie.

Nous ne pouvons, à notre grand regret, résumer l'étude que les auteurs font de la pathologie de la femme enceinte, des maladies générales qui lui sont propres, des maladies de l'appareil génital, pas plus qu'il n'est possible de les suivre dans les chapitres où ils passent successivement en revue les maladies de l'œuf, l'avortement, l'accouchement prématuré et les grossesses extra-utérines ; cela dépasserait trop le but que nous nous sommes imposé, mais tous ceux qui liront ces pages seront sans doute frappés, comme je l'ai été moi-même, du sens éminemment clinique avec lequel elles ont été écrites. On sent que les auteurs ont vu ce qu'ils décrivent.

Les grossesses et les accouchements multiples sont étudiés dans la partie suivante, la septième ; mais c'est surtout la grossesse gémellaire, celle que l'on rencontre le plus fréquemment dans les grossesses multiples, qui est minutieusement décrite dans sa marche, son diagnostic et sa terminaison. Cependant j'ai été étonné que cette partie n'ait pas précédé celle qui s'occupe de la pathologie de la grossesse ; il me semble qu'elle eût été là mieux à sa place.

Les causes de dystocie maternelle et celles d'origine fœtale sont passées en revue dans la partie suivante qui contient plus de 150 pages. Toutes les variétés de viciations pelviennes, ainsi que les causes de dystocie dépendantes des parties molles, sont étudiées avec le plus grand soin.

La neuvième partie est entièrement consacrée aux opérations obstétricales. On sait combien sont grands les progrès de la médecine opératoire obstétricale effectués dans ces dernières années.

Les nombreux perfectionnements apportés en particulier par le professeur Tarnier, qui a modifié et amélioré un si grand nombre d'instruments de notre arsenal, devaient naturellement engager les auteurs de ce Précis à les étudier et à les décrire avec un soin tout spécial ; c'est ce qu'ils n'ont pas manqué de faire, de telle sorte que cette partie de leur ouvrage constitue un véritable traité de médecine opératoire mis au courant de l'état actuel de la science.

La symphyséotomie n'a pas, on le pense bien, été laissée dans l'ombre. Cette opération, imaginée et pratiquée la première fois à Paris, le 30 septembre 1777, par J.-R. Sigault, était complètement discréditée et même tombée dans l'oubli ; seule, l'école de Naples continuait à la pratiquer, lorsque le professeur Pinard, en 1891, ayant eu connaissance, par Spinelli, des résultats obtenus par les accoucheurs de Naples et surtout par le professeur Morisani, l'étudia à nouveau, et, frappé des résultats que cette opération pouvait donner, s'en déclara le partisan enthousiaste et en vulgarisa l'emploi par sa parole et par ses succès. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage ont donc étudié avec un soin tout particulier cette opération qui occupe et même passionne, comme jadis, les accoucheurs de tous les pays.

La pathologie du nouveau-né, qui est si souvent écourtée dans les traités d'accouchements, est étudiée, comme pouvait le faire celui qui, comme M. Ribemont-Dessaignes, avait déjà écrit un travail connu de tous sur les hémorrhagies observées chez le nouveau-né. Elle fait l'objet de la dixième partie.

La pathologie des suites de couches termine ce Précis. Les auteurs résument en quelques pages les dernières recherches qui ont été faites sur l'infection puerpérale qui faisait, il y a vingt ans à peine, de si nombreuses victimes dans les Maternités, qu'il avait même été, un moment, à cause de cela, question de supprimer.

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage étudient les diverses formes cliniquement observées, les infections locales et l'infection généralisée, de cette redoutable affection dont les effets tendent heureusement, grâce aux progrès de l'antisepsie, à devenir moins fréquents et moins graves.

La partie iconographique de ce Précis, si importante dans un livre de vulgarisation, contient un grand nombre de figures, 476 ; les unes sont la reproduction de celles qui se trouvent dans l'*Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements* de MM. Farabeuf et Varnier, livre désormais classique ; les autres, elles sont nombreuses, sont originales. Elles ont été dessinées d'après nature par M. Ribemont-Dessaignes, ce qui en assure la parfaite exactitude.

Enfin, ce Précis, imprimé par Lahure, est édité par M. G. Masson, c'est assez dire que matériellement rien n'a été négligé pour que l'exécution typographique de cet ouvrage de plus de 1,300 pages, fût digne de ceux qui l'avaient écrit.

Tel est, je ne dirai pas l'analyse, un pareil livre ne peut s'analyser, mais l'annonce de ce *Précis d'obstétrique* qui fait le plus grand honneur à ses auteurs et à cette grande école obstétricale de Paris à laquelle ils appartiennent et qu'ils représentent si dignement.

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage terminent modestement la préface de leur livre en disant que leur désir est « d'être utile aux étudiants », j'ajouterai « et à tous ceux qui s'occupent d'accouchements ».

Je suis convaincu que tous ceux qui liront cet ouvrage seront de mon avis.

ALPHONSE HERRGOTT.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLII

Juillet à Décembre 1894.

A

Accouchement et fibro-myômes de l'utérus, 222.
Accouchement prématuré (De la provocation de l'—), 49, 57, 60.
Affections utérines et péri-utérines (Hygiène et prophylaxie des), 51.
Amnésie post-éclamptique, 52.
Annexes (De l'hystérectomie vaginale dans certaines tumeurs des —), 326.
Annexes (Tumeurs inflammatoires des — et examen du pus dans les laparotomies), 238.
Antisepsie en obstétrique, 133.

B

Bactériologie génitale, 148. V. *Placenta, Suppurations péri-utérines.*
Basiotripsie, 209.
Bassin cyphotique (Cas d'accouchement spontané dans un —), 288.
Bassin normal (Hauteur moyenne dans le — du promontoire à la pointe du coccyx), 288.
Bassin rachitique, pseudo-ostéomalacique (Cas de —, opération césarienne), 207.
Blennorrhagie chez la femme (Traitement de la —), 42, 237.

C

Canaux de Müller (Kyste multiloculaire développé aux dépens des —), 219.
Castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes —, 349.
Céphalématome, 53.
Cloison vagino-rectale (Rupture de la — pendant l'accouchement sans déchirure du périnée), 35.
Col (Oblitération du — et accouchement), 306.
Colpo-périnéorrhaphie (Emploi du ballon de Petersen dans la —), 136.
Curettage dans les fibro-myômes, 212.
Cystites (Étiologie des — en dehors du cathétérisme), 145.
Cystotomie pour rétention d'urine par cancer du vagin, 146.

D

Déciduome malin (Du —), 372, 454.
Dilatateurs utérins (2 nouveaux —), 45.

E

Eclampsie, 214.
Epilepsie et grossesse, 52.
Epiploons (Kyste hydatique des —), 381.
Erythèmes scarlatiniformes desquamatifs généralisés, à répétition d'origine puerpérale, 53.

F

Fibro-myôme de l'utérus compliqué de grossesse, 19.
Fibro-myômes, grossesse et accouchement, 299, 386.
Fièvre intermittente, grossesse et accouchement, 223.
Fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée, 341.
Fistules uro-génitales chez la femme. (Première centaine d'opérations de —), 144.

Fistules vésico-vaginales (Traitement chirurgical des —, méthode américaine), 148.
Fœtus (Infection à streptocoques du — par contamination buccale), 57.
Forceps (Des applications antéro-postérieures et obliques dans les rétrécissements antéro-postérieurs), 51.
Forceps (Nouveau modèle de —), 45.
Galactophorite chez la mère et le nouveau-né, 54.
Grossesse après opération de salpingo-ovarite, 355.
Grossesse extra-utérine, 49, 161, 201, 215, 333,
Grossesse quadruple, 55.

H

Hémophilie chez une jeune fille de 13 ans réglée pour la première fois, 57.
Hernie ombilicale (Cure radicale), 378.
Hystérectomie abdominale totale, 334, 344, 376.
Hystérectomie sacrée, 152.
Hystérectomie sus-vaginale, 214, 218.
Hystérectomie vaginale, 216, 218, 221, 326, 344.
Hystérectomie vagino-abdominale, 6, 46.
Hystérectomie vaginale totale (Complication post-opératoire de l'—, polype muqueux de la trompe utérine), 261.
Hystéropexie contre l'antéflexion de l'utérus, 325.
Hystéropexie vaginale (De l'—), 44.

I

Incontinence d'urine (Traitement chirurgical de l'—), 136.
Index bibliographique trimestriel, 69, 307.

L

Laparotomie, 47, 48, 161, 238, 334, 344.
Ligament large (Phlegmon du —), 48.

M

Massage dans l'incontinence d'urine (Procédé de Brandt modifié), 134.
Massage en gynécologie, 212.
Menstruation et bains de mer, 407.

N

Nouveau-né (Infection du — par sa mère), 134.
Nouveau-né (Myxo-sarcome chez un —), 219.

O

Opération césarienne. V. *Bassin*.
Opérations césariennes multiples, 98.
Opération césarienne (par insuffisance du diagnostic), 287.
Ovaire (Fibro-myômes de l'—), 382, 397.
Ovaire (Kyste dermoïde de l'—), 222.
Ovariotomie pendant la grossese, 213, 216.
Ovariotomie (Réflexions chimiques inspirées par la pratique de cinq cents opérations), 321.

P

Pédicule (Torsion du — dans les salpingo-ovarites), 172.
Péritoine (Pseudo-myxome du —), 220, 222.
Pessaires (Des —), 67.
Petites lèvres (Perforation symétrique des — pendant l'accouchement), 54.
Placenta (Adhérence normale du —), 51, 55.
Placenta (De la rétention dans l'avortement), 55.
Placenta et passage des micro-organismes, 100.
Placenta prævia, 305.
Polypes utérins (Contribution au traitement des —), 29.
Prolapsus de l'utérus, 40, 58.

R

Rectum (Rétrécissements cancéreux du —, traitement chirurgical par la voie vaginale), 340.
— Rétrécissements péri-rectaux chez la femme, 420.
Rein (Fibrome énorme développé dans la zone graisseuse du rein; extirpation, guérison, 321.

S

Salpingites (Traitement des grosses — haut situées, par l'hystérectomie vagino-abdominale fermée), 6.
Salpingo-ovarites, 172.
Septicémie puerpérale et bains froids, 452.
Siège décomplété (Présentation du —), 287.
Suppurations péri-utérines (Quelques

considérations sur la bactériologie des —), 1, 59.
Symphyséotomie, 38, 217, 302, 303, 103, 401, 428, 431.
Symphyse utéro-placentaire (Cas de —), 51.
Syphilis et grossesse, 286.

T

Table pour opérations chirurgicales, 130.
Tératologie et malformations congénitales, 46, 208, 286, 377.
Tête dernière (Basiotripsie sur la — dans un cas de bassin vicié), 209.
Tracteur du siège (du), 450.
Trompe de Fallope (Epithélioma primitif de la — simulant une hématocèle rétro-utérine, etc.), 203.

U

Uretère (Travaux récents sur l'—), 139.
Uretères (Cathétérisme des —), 138.
Uretère (Déplacement traumatique de l'—), 145.
Urèthre féminin (Myôme), 142.
Urèthre féminin (Quelques mots sur les sténoses de l'—), 140.
Urèthre féminin (Sarcome de l'—), 142.
Urèthre (Cas de malformation de l' –), 222.
Ustilago maydis excito-moteur utérin, 306.
Utérus double avec vagin double, 224, 248.
Utérus (Cancer de l'—, traitement palliatif), 397.
Utérus (Cancer de l'—, parasites), 213.
Utérus (Deux cas de rétroflexion de l'—, utérus à ressort), 241.
Utérus (Fibro-myômes de l'—), 216, 218, 221, 222, 289, 344, 392. Voir : *Accouchement*.
Utérus gravide (Cancer de l'—), 81, 187, 225.
Utérus gravide (Rétroflexion de l'—, cause de rétention d'urine), 269.
Utérus (Hernie de l'—), 201.
Utérus (Ruptures de l'—, pendant le travail), 108.
Utérus (Rétrodéviation de l'—, traitement), 270.
Utérus (Sarcome de l'— simulant un hématomètre), 224.
Utérus (Variété de cancer de l'—), 375.

V

Vagin double, 224, 248.
Vagin (Cancer du — et cystotomie), 146,
Végétations très développées de la vulve (traitement), 451.
Version podalique préventive (Qui peut donner la —), 220.
Vessie (Calculs de la — chez la femme), 146.
Vessie (Examen de la — chez la femme), 138.
Vessie (Estrophie de la — et accouchement), 147.
Vessie (Fissure de la —), 147.
Voies urinaires chez la femme (Maladies des —), 136.
Voies urinaires (Infection des — après l'accouchement), 139.
Vomissements incoercibles de la grossesse, 45, 47, 48.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLII

Juillet à Décembre 1894.

MÉMOIRES ORIGINAUX

BOURCART. Myôme utérin compliqué de grossesse et de torsion de l'utérus. Avortement spontané. Hystérectomie. Guérison, 19.

CHAPUT. Traitement des grosses salpingites haut situées par l'hystérectomie vagino-abdominale fermée, 6.

CHAPUT. Traitement de la rétroflexion par un procédé opératoire nouveau, 424.

CHARRIN et DUCLERT. Des conditions qui règlent le passage des micro-organismes au travers du placenta, 100.

ENGSTROM (O.). Un cas de symphyséotomie, 401.

HARTMANN (H.) et REYMOND (E.). Note sur la torsion des salpingo-ovarites, 172.

HARTMANN (H.) et MORAX (V.). Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations pelviennes, 1.

HARTMANN. Les rétrécissements périrectaux chez la femme, 420.

HERNANDEZ. Traitement du cancer de l'utérus gravide, 81, 187.

HOUZEL. Grossesse extra-utérine. Fœtus intra-péritonéal. Laparotomie à dix mois. Enfant mort. Guérison de la mère, 161.

HOUZEL. De l'influence des bains de mer et de l'immersion prolongée sur la menstruation, 407.

GUÉNIOT. Opérations césariennes multiples, 98.

PASTEAU (O.). Complication postopératoire de l'hystérectomie vaginale totale. Polype muqueux de la trompe utérine, 261.

SCHUHL. Utérus et vagin double, 248.

SCHWARTZ. Note sur deux observations de rétroflexion utérine. Utérus à ressort et utérus gravide, 241.

WIERCINSKY (U.). Contribution au traitement des polypes myomateux, 29.

REVUE CLINIQUE

BAUDRY. Rupture de la cloison vagino-rectale pendant l'accouchement, sans déchirure du périnée. Suture immédiate, 35.

CRIMAIL. Observations d'une symphyséotomie pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, 38.

HARTMANN (H.). Rétention d'urine par rétroflexion de l'utérus gravide. Réduction. Cessation des accidents. Continuation de la grossesse, 268.

TUFFIER. Epithélioma primitif de la trompe de Fallope simulant une hématocèle rétro-utérine. Ablation par la laparotomie. Guérison, 202.

WALLICH. Symphyséotomie d'urgence, pratiquée en ville, 103.

REVUES GÉNÉRALES

LABUSQUIÈRE. Des ruptures utérines pendant le travail. (Considérations générales sur le traitement ; son évolution et ses résultats depuis la période antiseptique), 109.

LABUSQUIÈRE. Traitement des rétrodéviations de l'utérus. Méthodes de Mackenrodt et de Dührssen, 270.

VARNIER. Les bassins rétrécis sont-ils dilatables sans symphyséotomie ? 428.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

HARTMANN (H.). Traitement de la blennorrhagie chez la femme, 42.

LABUSQUIÈRE. Une nouvelle opération pour prolapsus, 40.
Table du Dr MALHERBE pour opérations gynécologiques, 130.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès de chirurgie de Lyon, 321.
Académie de médecine, 44, 449.
Société de chirurgie, 58.
Société obstétricale et gynécologique de Paris, 45, 207, 286, 133.
Société de chirurgie de Moscou, 210.
Ve Congrès des médecins russes, 211.
Société d'accouchement et de gynécologie de Saint-Pétersbourg, 215.
Société d'accouchement et de gynécologie de Moscou, 223.

REVUES ANALYTIQUES

Accouchement prématuré (*injections intra-utérines de glycérine*, 60.)
Bactériologie génitale, 148.
Cancer de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, 225.
Fibro-myômes, 289, 392.
Fibro-myômes dans la grossesse et l'accouchement, 299, 386.
Hystérectomie sacrée, 152.
Maladies des voies urinaires chez la femme, 136.

BIBLIOGRAPHIE

An american text book of gynecology. BALDY J.-M., 240.
A propos du traitement chirurgical de la péritonite. NITOT, 160.
Atlas de cystophotographie. MAX NITZE, 239.
Chirurgie abdominale. GREIG SMITH, 69.
Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. JACOBS et POPELIN, 160.
Dangers de certains pessaires. R. CONDAMIN, 158.
De la gonorrhée chez la femme (Ueber die gonorrhoe beim Weibe). E. LUTHER, 237.
De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement général des lésions bilatérales de l'utérus. E. BAUDRON, 154.
Fœtus in peritoneal cavity : question of abdominal gestation with a summary of reported cases of primary abdominal and ovarian pregnancy. A. DORAN et A. BEALE, 160.
La blennorrhagie chez la femme. VERCHÈRE, 159.
Large cystic myoma of uterus with notes on cystic fibroïds. A. DORAN, 240.
La vagina considerata come via di assortimento. GUISEPPE, COEN et GUGLIELMO, 240.
Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. F. GUYON, 157.
Les nouvelles conquêtes de la chirurgie. BROUSSOLLE, 240.
L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses. G. RICHELOT, 160.
Recents investigation in faradic electricity. G. ENGELMAN, 240.
Statistique des opérations gynécologiques pratiquées en 1893 à l'hôpital Wuyvenberg d'Anvers. ROCHET, 160.
The interrupted high-voltage primary or mixed current. J. ENGELMAN, 160.
Traitement des maladies des femmes par la méthode de Thure Brandt. Mme GOLDSPIEGEL-SOSNOWSKA, 240.
Traité pratique de gynécologie. A. AUVARD, 158.
Tumeur végétante de l'ovaire, développée après quinze ans d'aménorrhée à la suite d'un traitement électrothérapique. J. RENDU, 160.
Ueber die Durchführbarkeit und den werth der mikroscopischen Untersuchung des Eiters entzundlicher Adnexentumoren während der Laparotomie. E. WERTHEIM, 238.
Zur Warnung von Scheidenpessarien. NEUGEBAUER, 67.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL, 69, 073.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE